الأمراض النفسية

تاريخها - أنواعها - أعراضها - علاجها



إعداد: د. عبد العليّ الجسماني

ـمراض النفسية

تاريخها ـ أنواعها ـ أعراضها ـ علاجها

إعداد

د. عبد العلي الجسماني



الدار العربية للعلوم
Arab Scientific Publishers

الطبعة الأولى

1418هـ - 1998م

ISBN 2-84409-868-1



الدار العربية للعلوم

Arab Scientific Publishers

عين التينة شارع ساقية الجنزير - بناية الريم

هاتف وفاكس: 785107 - 786233 - 860138 (961-1)

فاكس: 786230 (961-1) ص.ب. 13-5574 بيروت - لبنان

بريد الكتروني: Email: asp@dm.net.lb

العنوان على شبكة الإنترنت: http://www.asp.com.lb

محتوى الكتاب

الفصل الأول

الفصل الثاني

الفصل الثالث

الفصل الرابع

الفصل الخامس

الفصل السادس

الفصل السابع

الفصل الثامن

الفصل التاسع

الفصل العاشر

الفصل الحادي عشر

الفصل الثاني عشر

الفصل الثالث عشر

الفصل الرابع عشر

الفصل الخامس عشر

الفصل السادس عشر

بسم الله الرحمٰن الرحيم

مقدمة الكتاب

(ألا ما أعجب العوالم ٱلتي تنطوي عليها النفوس)

هذه الجملة وردت في رواية: السراب، لنجيب محفوظ، الكاتب المعروف، والحائز على جائزة نوبل للآداب العالمية عام 1988. إنها جملة معبّرة ومؤثرة.

ولشد ما يشوق الإنسان أن يغوص في أعماق نفس الإنسان. فهل يتمكن من ذلك؟ هيهات. بيد أنّ هذا لا ينبغي أن يثني الإنسان عما هو بسبيله من دراسات ومحاولات.

فالإنسان تندمج في تيار شعوره ألوان من المشاعر المتناقضة: من سرور إلى خوف، ومن أمل إلى يأس، ومن حماس إلى فتور، ثم ما يلبث أن تعلوه موجة طاغية من التلهف على اعتلاء ذرى المعالي لواذاً من الهموم والأوهام التي تنيخ عليه فتكاد تخرم به الأرض، حتى ليكاد يحس كأنها تميد به، من فرط الخوف من نفسه ومما يحدق به.

إنها غرائب النفوس وعجائبها في حالتي صحتها ومعافاتها، وابتلائها بأمراضها وآفاتها.

وللقارىء أن يطوف خلال التفصيلات في الفصول التاليات، وقد أحسن المؤلفان الكشف عن غوامض الحالات.

والله المرتجى في كل مسعى.

عبد العلي الجسماني

الفصل الأول

الطب النفسي عبر التاريخ

- أحداث في تاريخ الطب النفسي خالدة
- هوامش الفصل الأول

الفصل الأول

الطب النفسي عبر التاريخ

وجهة نظر أصحاب النزعة المادية في الطب النفسي، القائلة بأن الاضطرابات العقلية تعزى في أساسها إلى مرض يصيب المخ، وجهة النظر هذه لم تلق قبولاً مباشراً من لدن غيرهم من المهتمين في الطب النفسي هذا. وكان الماديون، عبر تاريخ الطب النفسي، يقارعون النظريات المثالية Idealist Theories، وينازلون مسألة الأوهام Delusions، والخرافات Superstitions، وما كان يثار على مرّ الزمن من تغرضات لا مبرر لها في مجال العلم. ونفس المنازلة هذه تجد لها مكاناً اليوم، ضد كثير من نظريات الطب النفسي الحديث، لكنها مناجزة جاءت هذه المرة من جانب أصحاب الفلسفة المثالية.

منذ آلاف السنين والأمراض العقلية هذه، *كانت وما فتئت*، *ينظر إليها* وكأنها من صنع قوى خارقة أوجدتها، فكأنها حدثت نتيجة لسخط الآلهة، أو إذا تم الشفاء منها وزالت، فإنما يكون البرء منها نتيجة لرضا تلك الآلهة. وقد تفاوتت الإتجاهات نحو المرضى عقلياً تفاوتاً ساير وجهات النظر السائدة حسب تعاقب الأزمان. فأولئك المرضى كانوا ينظر إليهم أحياناً أنهم أناس مغضوب عليهم من الآلهة، أو كان ينظر إليهم بوصفهم أناساً منبوذين، ولهذا فكثيراً ما كانوا يقتلون تخلصاً منهم ومن الشياطين التي تلبستهم، أما المحظوظون منهم، ممن كانوا يكابدون حالات جنون أخف وطأة، فكانوا يحاطون بالرعاية، ومن مظاهر تلك الرعاية أنهم كانت

كانت تخلع عليهم الأردية المزركشة، وتزين هاماتهم بأكاليل الغار. غير أن المحاولات الأولى لمعالجة الأمراض العقلية على أسس علمية رصينة، قد تمّت عندما بدأت العلوم الطبية تتقدم بشكل سريع في بلاد الشرق وفي بلاد الأغريق.

وجد الطب الأغريقي القديم سنداً له إتكأ إليه في الفلسفة الطبيعية Natural Philosophy، المنبثقة عن المدرسة الأيونية[1] Ionian School، وبالأخص منها مدرسة طاليس، وانكسيمندر، والكسيمانس، في ملطية[2]. ويتلخص موقف هذه المدرسة وقتذاك في أن أصل جميع الأشياء يقوم على أساس من مادة أولية هي قوام كل ما في الطبيعة. فكرة أصحاب المدرسة الطبيعية هذه قد تأثر بها كل من جاء بعدهم من المفكرين والمهتمين بالطب، من أمثال **الكيمايون**، وكان مرموقاً في مجال الطب في زمانه، وكان قد ذكر أن أعصاب الأنف، مثلاً، حين تتعرض للبرد الشديد فإنها بدورها تؤثر في كيان الجسم كله، ونتيجة لذلك تتأثر المعدة، والأمعاء، كما تتعرض بقية أعضاء الجهاز الهضمي كذلك للإضطراب. وذكر الكيمايون أن المخ هو مركز المعرفة.

ثم جاء أبوقراط، فالتقط فكرة الكيمايون تلك، وطورها في القرن الخامس قبل الميلاد. ومما قاله أبوقراط: ليكن معلوماً أن المخ يحتوي على مناطق محددة هي مواطن اللذة، والإنشراح، والمرح، والميل إلى

---

(1) آيونيا: إقليم قديم على الساحل الغربي لآسيا الصغرى. (المترجم)

(2) ملطية: من مدن آيونيا، وكانت ملطية موطن طاليس أول فلاسفة اليونان، الذي قال إن الأشياء كافة ترتد إلى عنصر واحد هو الماء. وجاء بعده الكسيمندر فقال إنه اللامتناهي، ثم جاء إنكسيمانس فقال إنه الهواء: فسمي هؤلاء الفلاسفة بالطبيعيين الأولين، لأنهم حصروا بحوثهم في الطبيعة وتجانسها المختفي وراء الاختلاف الظاهر، ويسمونهم بالآيونيين نسبة إلى موطنهم آيونيا. (المترجم).

اللهو، من جهة، ومن جهة أخرى، فإنه يحتوي في تلافيفه على ما هناك من حزن، وأسى، وامتعاض، وأسف وأنه بسبب ما يتعرض له الدماغ أحياناً من إعطاب، يقع بعض الناس فرائس في شراك الجنون، والهذيان، وما يتعرض له الإنسان من مؤثرات ومخاوف تؤرقه ليل نهار، وتقض مضجعه، ومصدر كل ذلك هو ما يصيب الدماغ من خلل.

تنشأ الاضطرابات العقلية، من وجهة نظر أبوقراط، نتيجة لما يصيب الدماغ من أمراض. لذلك فإن مؤلفات ذلك الطبيب المعروف، تنطوي على لمحات مهمة وبارزة تتعلق بالطب النفسي من الناحية التطبيقية. فمن ملاحظاته التي ذكرها قوله، مثلاً، إن أي عطب أو خلل يحصل بسبب صدمة معينة في أحد نصفي الدماغ، يؤدي بدوره إلى حدوث تشنجات في الجانب الآخر من الجسم. وإلى أبوقراط تنسب أيضاً، صياغة مصطلحات علمية في ميدان الطب النفسي، منها مثلاً: السوداوية (المالنخوليا)، والهوس، والبارانويا، وهي مصطلحات ما فتئت مستعملة في الطب النفسي منذ ذلك الوقت حتى وقتنا هذا.

الأساس الفلسفي الذي إتكأت إليه آراء أبوقراط في الطب النفسي، يرجع إلى تعليمات استمدها أبوقراط من ديمقريطس[1] في فلسفته المادية التي إنعكست مباشرة في تسمية أنماط الجسم وأمزجته الأربعة التي ارتبطت باسم أبوقراط. والأمزجة الأربعة التي سماها أبوقراط هي:

1 ـ المزاج الدموي. Sanguine.

2 ـ المزاج البلغمي. Phlegmatic

3 ـ المزاج الصفراوي. Choleric

---

(1) ديمقريطس (460 ـ 370ق.م.): فيلسوف يوناني يرى العالم مؤلفاً من ذرات متجانسة في طبيعتها، لكنها مختلفة حجماً وشكلاً وثقلاً، ولا تدرك بالحواس، ولا تنقسم، ولا تفنى، وتتحرك دائماً. (المترجم).

4 ـ المزاج السوداوي[1]. Melancholic

وأضاف أن خصائص هذه الأمزجة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بكل من البيئة الطبيعية ـ أي المناخ الجغرافي ـ وبتأثير العوامل الاجتماعية.

قام أبوقراط[2] بمحاولات حثيثة في سبيل معالجة الأمراض العقلية. فلعلاج حالات الإدمان على الكحول مثلاً، أوصى باستخدام أسلوب العلاج بالتنفير: أي إحداث حالة من التقزز عند المريض ليبتعد عن الكحول وينفر منها، وذلك بإعطاء المدمن جرعات من مادة مرّة مقزّزة، أو عن طريق فصده وإسالة دمه وهو في حالة سكره، ليرى دمه يسيل فيرتبط في ذهنه منظر دمه بما يتعاطاه من شراب مسكر، وبذلك يكره المادة التي أدمنها. وكان يقترح علاجاً لبعض المرضى عقلياً ونفسياً بأن يغيروا أماكنهم. فتغيير المكان، كما اقترح، من شأنه أن يغير من الذكريات المؤلمة، فينسى المريض آلامه وهمومه.

وفي روما القديمة أحرز الطب تقدماً ملحوظاً. ولكن الطب النفسي بالذات لم يكتب له التقدم المطلوب بعد الفترة التي عاش فيها أبوقراط.

---

(1) الأمزجة الأربعة التي ذكرها أبوقراط قد عدّلها العلماء المسلمون، وذلك بشرحهم الذي أضفى عليها الصفة العلمية، وهي تدخل في تكوين الشخصية:
(أ) المزاج الدموي: ويتصف صاحبه بحدة الطبع.
(ب) المزاج البلغمي: ويتميز صاحبه بالبرود وبالبطء في الاستجابة.
(ج) المزاج السوداوي: ويتسم صاحبه بالحزن والاكتئاب.
(د) المزاج الصفراوي: ويغلب على صاحبه الغضب ونزق الطبع. (المترجم).

(2) أبوقراط (460 ـ 370ق.م.): يعرف بأبي الطب. فصل الطب عن الخرافات وأقامه على أساس علمي. ومجمل نظريته عن المرض أن الجسم يحتوي أربعة أخلاط هي: الدم، والبلغم، والسوداء، والصفراء. وأن علاقة هذه الأخلاط ببعضها، تقرر صحة المرء ومزاجه. وقد ثبت خطأ هذه النظرية فيما بعد. (المترجم).

فحتى جالينوس[1] الأغريقي المولود الروماني المنشأ والمواطنة (130 ـ 200) بعد الميلاد، لم يترك أثراً يذكر فيما يتعلق بنظريات الأمراض العقلية.

وقد أدى سقوط الامبراطورية الرومانية إلى انحطاط في العلوم القديمة وتدهورها، ولا سيما في الطب الذي أصابه الإنتكاس والوهن. وكانت العصور الوسطى في أوروبا فترة ظلام حالك، حيث تم فيها إبعاد العلوم إلى زوايا الإهمال بسبب التعصب الديني يومذاك. وقد قامت محاولات مستميتة آنذاك لمقاومة كل من حاول إختراق غوامض الطبيعة وما تنطوي عليه من أسرار في العلم. وإن ما تعرّضت له حينذاك المراكز الثقافية الرومانية، من حروب طاحنة، ومن قحط وجدب، ودمار وتدمير، كل ذلك أفضى إلى ركود في العلم، وهيأ أرضاً جُرُزاً لركود العلم، وتفشي الجهل، وانتشار الظلام، فصار الطب في قبضة قلّة من الجهلة الذين كانوا لا يتورعون عن إتهام أي معترض على أساليبهم البالية في الطب تلك بالزندقة والهرطقة، ومن ثم تعريضه إلى أفظع ضروب العقاب.

كان الإعتقاد السائد وقتذاك أن الإضطرابات العقلية تصيب من يصاب بها بسبب مس من الشيطان يتخبطه، فيتلبسه في إهابه، أو أنها تنشأ نتيجة تعرض المرء للسحر الأسود، أو التعرض للأرواح الشريرة، وأن الشفاء من ذلك كله يكمن في وجوب تعذيب المرضى، كما كان يظن المشعوذون واهمين.

في الشرق فقط كان الطب حينذاك يخطو نحو مزيد من الإرتقاء، وذلك إبّان الحقبة الممتدة من القرن الثالث حتى القرن الرابع عشر. وإنّ

(1) جالينوس: طبيب وكاتب يوناني، ينسب إليه خمسمائة مؤلف أغلبها في الطب والفلسفة. وأجرى الطب على نسق نظريته التي يقول فيها إنّ كل شيء مخلوق لهدف معلوم. أضاف الكثير إلى المعرفة الخاصة بالدماغ والأعصاب والحبل الشوكي والنبض. (المترجم).

كثيراً من العلماء الأوروبيين قد نجوا مما كان يتهدد حياتهم في بلدانهم فلجأوا إلى بلدان في حوض البحر المتوسط، وبلاد فارس، وفي بعض المحميات العربية الأخرى. وهنا يجدر أن نذكر ابن سينا الذي عاش في القرن الحادي عشر الميلادي. كان هذا الطبيب الألمعي، يشاطر أبوقراط الرأي، بشأن الأمراض العقلية، وقام بمحاولات منتظمة وناجحة في علاج الذين كانوا يعانون من أمراض عقلية. وأولى المستشفيات التي أنشئت لهذا الغرض قد فتحت في القرن التاسع الميلادي، في كل من بغداد، والقدس، ودمشق.

وفي عصر النهضة Renaissance حققت العلوم الطبيعية والعلوم الطبية تقدماً سريعاً وملحوظاً. وفي هذه الأثناء وجدت آراء أبوقراط في الطب، وبشأن طبيعة الأعراض العقلية، مرة أخرى، طريقها إلى الإنتعاش من جديد، فكأن آراءه تلك قد بعثت فيها الحياة من جديد، بعدما ران عليها ركام العصور المظلمة.

ومما يجدر أن يذكر هو أن اتجاهات المجتمعات نحو المرضى العقلي لم تتغير تغيراً أساسياً، رغم حقيقة أن المصابين بالأمراض العقلية لم يعودوا ينظر إليهم كما كانوا في العصور السالفة، يوم كانوا يظن بهم أن أرواحاً شريرة تلبّستهم فأفسدتهم.

بيد أنهم، رغم ذلك، بقوا موضع ملامة، ومكان زراية، ولذلك كانوا يحتجزون عادة مع عتاة المجرمين. وكانت هناك قرون كثيرة مضت، وتعاقبت قبل أن تصحح النظرة لتكون نظرة سليمة وعقلانية بشأن الأمراض العقلية.

رافقت الانطلاق الفكري في فرنسا خاصة، وفي أوروبا عامة، في القرن التاسع عشر انطلاقة منصفة تخص النظرة إلى الذين يكابدون أمراضاً عقلية، نظرة إتسمت بالنزعة الإنسانية. ففي فرنسا، مثلاً، تطورت

الاتجاهات نحو المرض ونحو من يعانون منه، تطوراً كبيراً، وذلك بفضل حملة جديدة حمل لواءها يومذاك الطبيب الفرنسي فيليب بينيل[1] P. Pinel، ثم من بعده تلميذه أسكويرول، الذي رفع في الطب النفسي شعار: (أسعفوهم بالعلاج، لا بالصدقات المتبوعة بالازعاج). ومنذئذٍ تمّ الاعتراف بالمرضى ممن تدهورت صحتهم العقلية، فبدأ الناس ينظرون إليهم بأنهم أشخاص يحتاجون فعلاً إلى علاج. وعند ذاك تمّ تحويل السجون التي كانوا فيها يحتجزون، إلى مستشفيات فيها يُعالجون.

وفي الثلاثينيات من القرن التاسع عشر، طوّر الطبيب الإنجليزي كونللي Conolly فكرة: (لا قيود ولا احتجاز بعد اليوم)، وهو التقييد والاحتجاز الذي كان يخضع له المرضى العقليون. فكانت حملة كونللي هذه مكملة لما كان قد قام به كل من بينيل واسكويرول من قبل، فوصلت أصداء عمل كونللي هذه إلى روسيا حيث تمّ تلقفها هناك بسرعة، وطبقها على نطاق واسع طبيب الأمراض العقلية آنذاك كورساكوف، ثم سرعان من بلغت آراء كونللي تلك الولايات المتحدة، فأخذت بتطبيق علاج الأمراض النفسية ـ العصبية على أسس من الإتجاهات الإنسانية اللازمة، وأهم دور في ذلك يرجع هناك إلى بي. روش B. Rush (1745 ـ 1813م)، وهو أول طبيب نفساني في الولايات المتحدة.

كان إنشاء مستشفيات متخصصة بالطب النفسي أول خطوة هامة بالاتجاه الصحيح، لغرض دراسة الحالات العقلية على ضوء الملاحظة العلمية المدربة التي تهتم بالأمراض العقلية، ومن ثم تأمين الحصول على معرفة منظمة مصدرها الخبرة العيادية. ترتب على ذلك أن تراكمت عن هذا السبيل معرفة ضخمة مكّنت المختصين من إستنباط نتائج جد ناجحة. ففي

(1) فيليب بينيل (1745 ـ 1826م). (المترجم).

عام (1822) مثلاً، كان الطبيب النفساني بيل Bale (1799 ـ 1855م) قد وصف الشلل المستفحل لدى المريض وصفاً دقيقاً، وعزاه إلى الإصابة بمرض السفلس. وفي الفترة ذاتها قام اسكويرول Esquirol بأول محاولة لتصنيف الأمراض النفسية. وأن تعريفه لخصائص أمراض الأوهام والهلوسات ما برح يحتفظ بأهميته البالغة. فهو قد أكّد أهمية العلامات الجسمية الدالة على مدى تدهور الحالات العقلية، وقدّم ملاحظات دقيقة ومنسقة عن تواريخ حالات كان شاهدها بنفسه، وذكر تشخيصات طبية تحقق منها هو أيضاً، قدّم كل ذلك مما تمّ فيما بعد الإنتفاع به في الممارسات العيادية. ويجدر أن يذكر أن كل أتباع اسكويرول كانوا أطباء نفس لامعين، وحسبنا أن نذكر منهم هنا فاليريه Faleret (1794 ـ 1870م)، الذي أنجز تصنيفاً كلاسيكياً للذهانات الدورية والكحولية ولما يترتب على التدهور العقلي من صرع Epilepsy.

ومن الأطباء النفسانيين الذين أسهموا في مجال الطب النفسي إلى حد بعيد، في الثلاثينيات والأربعينيات، من القرن التاسع عشر، يمكن أن يذكر كل من ديادوفسكي، والينسكي، اللذين أكدا دور العوامل البيئية في تسريع نشوء الذهانات والتسبب في وجودها لدى بعض الأفراد. وما تمّ الحصول عليه من ملاحظات تتعلق بتدهور الحياة العقلية نتيجة الإصابة بالأمراض، كان أثار جدلاً واسعاً في الدوائر العلمية، إبّان النصف الأول من القرن المنصرم. وقد إحتدمت مناقشات حامية بين فريقين من العلماء إذ ذاك: فريق يقول إن النفس هي التي تتأثر نتيجة للمرض العقلي، وفريق آخر يذهب إلى أن الجسم هو الذي يطاله الخراب نتيجة لما يتأتى من أمراض عقلية. فأنصار المذهب النفسي انتهجوا أسلوباً خاصاً بهم لعلاج النفس بقصد تطبيبها مما ينتابها من ذهان. ففي القرن السادس عشر، مثلاً، كانت هناك أفران قد أعدت خصيصاً لغرض معالجة المرضى عقلياً، وفي تلك

الأفران كان يؤتى بالمريض فيدس رأسه في ذلك الفرن الساخن، مع مقدمة كانت تقال له قبيل ذلك الإجراء الخالي من المسحة الإنسانية: «في هذا الفرن ستنال الشفاء سريعاً، فيه يكمن شفاؤك، وسرعان ما سيرتد إليك عقلك»! وحتى في القرن التاسع عشر كانت هناك مثل تلك الممارسات المستفظعة، سارية المفعول وسائدة، ومنها، مثلاً، صب الماء البارد فوق رأس المريض وجسمه، والفصد لإسالة الدم بغزارة، والتدوير بسرعة كبيرة في مكائن خاصة أعدت خصيصاً لهذا الغرض.

بيد أن تقدم العلم، وتأكيد أصحاب المدرسة المادية في الفلسفة، مكّنا أتباع المدرسة العلمية من توجيه الاهتمام إلى ضرورة العناية بالأعراض الجسمية الناجمة عن الأمراض العقلية. وهذا ما شدّ من أزرهم فأدى إلى إحراز شيء من النجاح في هذا الاتجاه. وعندئذٍ شرع الأطباء النفسانيون يتجهون شيئاً فشيئاً إلى الطب العام. والفضل في ذلك يرجع خاصة إلى الطبيب الألماني جريسنجر (1817 ـ 1868م) الذي كان يصرّ على وجوب توجيه العناية في الطب النفسي إلى النواحي الجسمية في حالة نشوء الأمراض العقلية. ورأيه فيما ذهب إليه يتلخص في أن هناك حالات مرضية تصيب المخ بخلل فتؤدي إلى الذهانات، وأن الحالة هذه هي التي تكوّن علامة دالّة يُهتدى بها إلى موطن العطب، ومن ثم استهدى العلماء فيما بعد إلى تطوير الطب النفسي، ومن هنا جاءت فكرة الدمج بين الطب النفسي والطب العام.

وان الإكتشافات الأساسية في مجالات التشريح وفسيولوجية المخ قد أفضت إلى تقدم المدرسة الفسيولوجية في الطب النفسي. وأهم اكتشاف في هذا الجانب كان ما توصل إليه بيتز عام (1870) حين اكتشف الخلايا المخية الخاصة بالمنطقة الحركية، وأكد أهميتها في وظيفة حركة الجسم كله.

في هذه الفترة بالذات، تنبه أطباء آخرون أمثال فرتش Fritsch وهتزك

Hitzig، إلى أن استحداث تنبيه في المناطق الحركية المسيّرة للجسم والكائنة في اللحاء المخي وقشرته، يشجع على استكشاف أنماط متخصصة أخرى تفضي بدورها إلى تنبيه أماكن محددة في الجهاز الحركي الطرفي المحيطي من الجسم. ويجدر أن نذكر هنا أشهر أتباع المدرسة التطورية Evolutionary School من الأطباء النفسانيين، وهم كرابلن Krapelin من ألمانيا، ومودزلي Maudsley من بريطانيا العظمى، ودوبريه Dupre (1862 ـ 1921) من فرنسا. وفي روسيا القيصرية أشهر من تأثر بدارون ونظريته الطبيب المعروف يومئذٍ، كورساكوف، وقد مرّ ذكره من قبل. ومما ينبغي التأكيد عليه هنا هو أن الطبيب النفساني البريطاني مودزلي (1835 ـ 1918م)، كان أحد مؤسسي الطب النفسي للأطفال، كما أسهم بشكل مؤثر وفعّال في تطوير الطب النفسي الشرعي Forensic، والطب النفسي العيادي.

وفي نهاية القرن التاسع عشر طرأ تقدم ملحوظ في مجال البحوث الخاصة بفسلجة الجهاز العصبي وتشريحه ومعرفة وظائفه. كل ذلك أفضى إلى اكتشاف الوظائف الحركية في أنحاء متفرقة من أنسجة الجسم، وأدى إلى التعرف على الإنعكاسات الحاصلة في الجملة العصبية من الجسم، الأمر الذي أدى إلى تقدم ظاهر في مجالات علم النفس عامة والطب النفسي خاصة.

وما أن شارف القرن التاسع عشر على نهايته حتى كان هناك أطباء في ميدان الطب النفسي يشار إليهم بالبنان. منهم مثلاً بلنسكي Balinsky (1827 ـ 1902) من روسيا، الذي قسم الأمراض العقلية إلى:

(1) أمراض عصبية.

(2) اضطرابات عقلية.

ومنهم أيضاً كاندنسكي Kandinsky (1849 ـ 1889م)، الذي أدخل موضوع التحليل الفسيولوجي في تشخيص الاضطرابات العقلية. وكان

لدراسات ميرزيفسكي Merzheyevsky (1838 ـ 1908) شأن كبير في إزالة لبس طالما استمر ردحاً من الزمن في مجال البحوث العلمية، إذ كان ثمة وهم سائد مفاده أن مخ الإنسان تطور عن مخ القرود التي اعتبرها البعض أصل الإنسان وهو اعتقاد واهٍ لا حظ له من أي سند علمي. وبنى أصحاب ذلك الرأي فكرتهم تلك على ما يصيب بعض الناس من تخلف عقلي فردّوه، زاعمين، إلى تخلف مخ القردة. بيد أن هذا الزعم نفاه ميرزيفسكي جملة وتفصيلاً؛ وعزا ما هناك من تخلف لدى بعض الأفراد إلى أمراض عقلية تصيب دماغ الإنسان أحياناً فيتعطل نتيجة لذلك جزء منه عن أداء وظيفته كما ينبغي.

ولما قارب القرن التاسع عشر على الإنتهاء، كانت هناك اكتشافات جمة قد تمت، وأميط اللثام عن غوامض علمية كثيرة في فروع شتى من فروع مجالات العلوم الطبية. فمن ذلك مثلاً ما كان تم من إنجاز في ميدان التقنيات الميكروسكوبية Microscope Techinique، فسرّعت هذه الإنجازات المتحققة التقدم الذي طرأ في مجال علوم الحياة الدقيقة Microbiology، وفي علم الأنسجة Histology، وفي علم الأجنّة Embryology. وشهدت علوم الكيمياء هي الأخرى تقدماً لم تألفه من قبل. فأدى تقدمها هذا إلى بزوغ علم جديد هو الكيمياء الحيوية Biochemistry. وصاحب هذا الزخم من التقدم العلمي، إرتقاء مشهور في ميدان الأمراض الجسمية Somatic Diseases، وقد انعكس التطور الكبير هذا إيجابياً على الطب النفسي ذاته.

في مجال الطب النفسي حدثت هناك أحداث مهمة تخص اكتشاف بعض الأمراض العقلية والنفسية، ورافقت ذلك تسميات جديدة لم تكن من قبل مألوفة. ففي هذا المجال جاءت تسمية مرض عقلي أسماه كورساكوف (1824 ـ 1900م) الذهان العصبي المتعدد، وهذا النوع من الذهان ينجم

عادة عن تعاطي الكحول وإدمانها؛ لذلك شاعت هذه التسمية وما برحت مستعملة، وتقابلها باللغة الإنجليزية Alcoholic Polyneurotic Psychosis، فأصبح هذا المرض يعرف في أدبيات علم النفس الآن بـ (ذهان كورساكوف).

كل هذه التطورات الحاصلة في المجالات العلمية، قد رسّخت من مكانتها الجهود التي قام بها الطبيب النفساني الألماني كريبلن (1856 ـ 1926م)، إذ إنه عزز ما كان هناك من تصنيفات للأمراض العقلية وأكد عليها، وبيّن كيف يمكن التصدي لمعالجة هذه الأمراض للتخفيف مما يتعرض لويلاتها كثير من الناس في أنحاء العالم.

ثمة إنجاز آخر تحقق على يدي كورساكوف، ذلك هو التمييز بين نوعين من الضعف العقلي:

(1) الضعف العقلي الولادي Infantile Oligophrenia.

(2) الضعف العقلي الطارىء Accidental Oligophrenia الناجم عن أحداث البيئة بمختلف أعراضها وعوارضها.

وأنه ميز من جهة أخرى بين:

(1) الضعف العقلي الولادي، وبين

(2) ذهان الهوس الإكتئابي Manic-Depressive Psychosis.

وجهات نظر كورساكوف هذه، وما توصل إليه من إنجازات وجدت ظهيراً لها في نظرية التطور التي كان قد جاء بها تشارلز داروين، كما أنه بنى معظم آرائه على الأراء النظرية التي جاء بها العالم البريطاني جاكسون (1835 ـ 1911م) وهي آراء ذكرها جاكسون Jackson، وأكدها وكان مختصاً بعلم الأمراض العصبية. ولباب نظرية جاكسون هذه، يتلخص في أن نشاط المخ إنما يتأتى عما فيه من تآزر متناسق في مختلف المستويات التشريحية

والفسيولوجية في الجهاز العصبي المركزي Central Nervous System، وذلك خلال مراحل التطور المتتالية. ويذهب جاكسون في وجهة نظره هذه إلى أن المرض في مراحل تطوره المتأخرة يسبب تفككاً في المستويات العليا من الجهاز العصبي. وفي المراحل المبكرة منه يؤدي إلى إطلاق الطاقة النفسية في المستويات الدنيا من الحياة النفسية. ومن هذا المنظور أخذ العلماء ينظرون إلى علم الأعراض المرضية[1] Symptomatology والتشخيص في الطب النفسي أنه يتألف من علامات Signs تنم عن تحلل وتفكك في أعلى مستويات المراكز العقلية، ويقال عنها أنها (أعراض سلبية أو ناقصة) Minus Symptoms، وعلامات تدل على إطلاق المستويات الدنيا من النفس ويعبر عنها بأنها (أعراض إيجابية أو زائدة) Plus Symptoms. ومع اعتبار أنه نما نتيجة للتطور البيولوجي، وبصرف النظر عن حقيقة كون الإنسان ابن بيئته الاجتماعية، فإن وجهة النظر هذه قد أثرت بشكل إيجابي على الاتجاهات المادية في الطب النفسي العيادي.

ولعل أكبر إسهام في ميدان الطب النفسي هو ما قام به الطبيب النفساني الألماني المرموق بونهايفر Bonheffer (1868 ـ 1948)، الذي أكد على العوامل الخارجية التي تبدو أعراضها على المريض فيستشفي منها ومما يكمن وراءها من عوامل داخلية. وإذا أهملت هذه الأعراض فإنها تتفاعل فيما بينها فتفضي إلى ما يضرّ بالصحة النفسية والجسمية للمريض. فتنشأ عن ذلك متلازمات Syndroms تحمل في طياتها أمراضاً عقلية غير محددة، تتخلخل من جرائها قوى العقل، ولا سيما الجوانب اللاشعورية منه. وقد احتج بونهايفر ضد الأساليب النازية عندما أقدم النازيون على تصفية المرضى عقلياً ومسحهم من الوجود.

---

(1) علم تشخيص الأعراض Symptomatology: هو علم الأعراض المرضية، يبحث في الأعراض وبمقتضاه تصنف أنماط السلوك الشاذ. (المترجم).

من الإسهامات البارزة في مجال الطب النفسي، الحَرِيَّة بالإشادة مبدأ بافلوف Pavlov Principle (1849 ـ 1936م)، ذلك المبدأ العلمي المتعلق بالميكانزمات الفسيولوجية التي تحصل على شكل نشاط فعال في الجهاز العصبي الأعلى. فماذا ترتب على ذلك؟ ترتب عليه أن فتح باباً في البحث عن وجود علاقة مرضية مؤكدة بين الإضطرابات العقلية والاختلالات العصبية.

عمد أتباع الطبيب النفساني الألماني المختص بالأعصاب، فيرنك Wernicke، إلى فصل عدة متلازمات متباينة عن بعضها، مستندين فيما قاموا به إلى أسس من التحليل النفسي معتمدة، وقد عزوا ما قاموا به أيضاً إلى وجود خلل وعطب في مناطق متجاورة ومحددة من المخ، وسميت مدرسته هذه المدرسة السيكولوجية ـ المورفولوجية[1]. بيد أن مدرسته هذه كانت لها نقائصها، من ذلك مثلاً أنها ترجع معظم العمليات العقلية العليا المعقدة، ومنها الإدراك، والتفكير، والشعور، إلى مناطق محددة في المخ، وتدعو إلى أنه ينبغي التحري عما هناك من اضطرابات في هذه المناطق بالذات. لكن النظرية هذه أثرت بلا شك في آراء جي.ب.جول Gall (1818 ـ 1889م)، تلك الآراء الخاصة بعلم الجمجمة[2] Phrenology. وهذا العلم المتعلق بطبيعة تركيب الجمجمة وتكوين الدماغ كله قد استحوذ بدوره على الطب النفسي في القرن التاسع عشر. فكل ما هناك من عوامل معقدة تعتمل في عقل الفرد، ومن ثم تنعكس في سلوكه، فإنها حسبما ذهب إليه جول، تعزى إلى مناطق محددة كائنة في الدماغ، ومن هذه

(1) المورفولوجيا Morphology فرع علم الأحياء الذي يبحث في أشكال الحيوانات والنباتات وبنيتها وتطورها. (المترجم).

(2) علم الجمجمة أو ما يسمى بفراسة الجمجمة، كان يعنى بدراسة الجمجمة بوصفها مظهراً ينطوي على دلائل تدل على شخصية صاحبها. (المترجم).

المظاهر السلوكية التي تتراءى للمشاهد: المداهنة، التملق، الحقد، الضغينة، وحب إيقاع الأذى على الآخرين. يضاف إلى هذا، فإن نظرية جول هذه قد أنكرت عامل السببية Factor of Causality، كما أنها استبعدت دور البيئة في بناء الجانب الروحي للإنسان، وهذا يعد نقصاً كبيراً بحق نفسها.

ونحن بصدد السياق التاريخي للطب النفسي، فلا بد من التعريج على ذكر المدرسة الفرويدية، وأسميت هكذا نسبة إلى مؤسسها ورائدها سيجمند فرويد (1856 ـ 1939) وهي مدرسة ذات منحى مثالي[1] في الطب النفسي. فهي مدرسة إعتبرت الحياة العقلية للإنسان متأثرة دائماً بنوازع لا شعورية، بدلاً من التأكيد على الدوافع الشعورية، لذلك فقد فسرت كل شكل من أشكال الإضطرابات العقلية بأنها تعزى إلى صراعات بين تطلعات الشعور وكوافى اللاشعور؛ فهي بمنحاها هذا تعتبر اللاشعور مستودعاً تتراكم فيه وتتكتل غرائز عمياء ونزات هوجاء تنبثق من مصدر الطاقة الجنسية Sexual Libido، وهي الطاقة التي تظنها هذه المدرسة فطرية، وترافق مسيرة حياة الإنسان، فتتحكم في جميع نشاطاته طول حياته. لذلك فهي تسيطر حتى على الحياة الاجتماعية للفرد، حسب إعتقاد المدرسة الفرويدية.

غير أن وجهة نظر فرويد هذه قد طرأت عليها تحولات وتبدلات أجراها مريدوه، ومنهم مثلاً، كارل غوستاف يونج Jung (1875 ـ 1961)[2]، والفريد أدلر Adler (1870 ـ 1937)[3]. فيونج مثلاً، الذي افترق عن فرويد فيما بعد وخالفه في الرأي، أسس مدرسة علم النفس التحليلي

(1) المقصود هو أنها أقامت حججها على أسس معظمها افتراضية. (المترجم).
(2) تاريخ الميلاد هذا لم يذكره المؤلفان. (المترجم).
(3) تاريخ الميلاد هذا لم يذكره المؤلفان. (المترجم).

Analytical Psychology، ذهب إل أن سلوك الإنسان تتحكم فيه وتهيمن عليه عوامل جَمْعيّة Collective Factors، وعوامل فردية ذاتية Individual Factors، في حين أن العصاب عند الفرد، كما يرى يونج، يعزى إلى انفصام في العلاقة بين هذه العمليات النفسية Psychic Processes، وأنه - العصاب - إنما ينشأ نتيجة لعدم تكامل قوة الإرادة عند الإنسان.

وتخفيفاً من غلواء نظرية فرويد عن (الجنسية الشاملة الكلية) Pansexualism، جاء الفرويديون الجدد، ومنهم على سبيل المثال، هورناي، وفروم، وسليفان، وغيرهم آخرون، فأكدوا دور المؤثرات الاجتماعية والثقافية، ورأوا أنها هي التي تتسبب في نشوء الأمراض العصابية Neuroses، لكنهم قصروا دور الثقافة على تنشئة الطفل وتربيته، فكأنهم أرادوا إبراز مفعول الثقافة وتأثيره على مرحلة تربوية بعينها. كان تأثير المدرسة الفرويدية واسع الإنتشار في الولايات المتحدة، حيث أثّرت آراؤها على الاتجاه الدينامي السيكولوجي. وقد بذل (ماير) هناك محاولات توخى من ورائها التوفيق بين المفاهيم المتعلقة بالدوافع اللاشعورية لدى الفرد، من جهة، وبين المعطيات والحقائق الفسيولوجية والاجتماعية، من جهة أخرى.

وأن المدرسة النفسجسمية Psycho-Somatic School، التي تزعمها كل من الكسندر، وفايس، ودنبر[1]، هي الأخرى مدرسة تبنت رؤية توفيقية فيما نجم بين الآراء من تفاوت. وفي الوقت الذي يحضُّ أتباع هذه المدرسة على دراسة الفرد بوصفه وحدة Entity، نفسية Psychic، وجسمية Somatic، ويحذرون من الإعتماد على الأساليب المعملية المختبرية إعتماداً مبالغاً فيه، فإنهم في الغالب يركنون إلى استخدام المبادىء المثالية

---

(1) هؤلاء الثلاثة محدثون، جاؤوا في نهاية القرن التاسع عشر وتوفوا تباعاً في الستينيات. (المترجم).

Idealist Principles على نطاق واسع في مجال علم النفس المتعمق الذي يبحث ما وراء الشعور، وما يكمن وراء الظواهر السلوكية: إنهم، باختصار، يتحرون معطيات التحليل النفسي، مضافاً إليها الحقائق الفسيولوجية، ولا سيما تلك الحقائق التي جاء بها بافلوف وما تمخضت عنها أبحاثه في هذا الشأن.

ولا ينبغي أن يغفل ما للمدرسة الجبلية ـ الوراثية ـ التكوينية Constitutional-Genetic-School، من دور فعّال في هذا المجال الخاص بالطب النفسي. وأحد أبرز روادها هو أرنست كرتشمر Kretschmer (1888 ـ 1964م)[1] الذي كان يرى أن الأمراض النفسية تنشأ أساساً نتيجة للتكوين الجبلي لجسم الإنسان. ويذهب في الرأي إلى أن لكل فرد سمات Traits، تبدو ظاهرة في سلوكه، مما يسمح لنا لأن نسميّه بسمة مرض عقلي معين، وأن الفرق، حسب رأيه، بين شخص مريض وآخر سوي، إنما هو فرق كمي فقط، بمعنى أن أي مرض نفسي إنما ينمُّ عن تفاقم في الكم الذي مصدره العاهات الولادية.

يجب التأكيد هنا، في سياق تاريخ الطب النفسي، على أن بعض الأطباء النفسانيين قد تأثروا أيما تأثر بمختلف مدارس الفلسفة المثالية Idealist School، وبصورة أخص المدرسة الوجودية في علم النفس، ولذلك نشأت عن ذلك مدرسة الآن تسمى مدرسة علم النفس الوجودي[2] Existential Psychology.

---

(1) الاسم الأول والتاريخ لم يردا في المتن. (المترجم).

(2) علم النفس الوجودي أصلاً مدرسة تزعمها فوندنت في أوروبا وانتشرت فيما بعد حتى وصلت أمريكا. تقول هذه المدرسة أن موضوع علم النفس هو محتوى الشعور، ومنهج دراسته هو الاستبطان، ويركز التحليل النفسي، حسب رأي هذه المدرسة، على الأفعال القصدية والظواهر السلوكية الشعورية. (المترجم).

المرض العقلي، من وجهة نظر أنصار هذه المدرسة، يعد شكلاً من أشكال (الكينونة والوجود في هذه الحياة)، وهذا أمر لا يتطلب دراسة طبية ـ بيولوجية، بقدر ما ينبغي التركيز فيه على الفهم الحدسي.

إن ما طرأ من مفاهيم في ميدان الطب النفسي قد تباينت فيما بينها كثيراً. فمنها ما يؤكد، كما رأينا، على الجانب المثالي، ويشيح جانباً عن الركن المادي، ومنها ما يأخذ بمفاهيم بافلوف، ويعول على النزعة الفرويدية، ومنها ما يناهض هذا الإتجاه أو ذاك.

من الإسهامات المهمة التي كان لها دور فعال في مجال تقدم الطب النفسي الخاص بطبيعة الأمراض العقلية، هو إسهام بكتريف Bekhterev (1857 ـ 1927م)، في دراسة الظواهر المتعلقة بمختلف ظواهر الأعراض العقلية. بيد أن أسلوبه في هذا الشأن لم ينجُ مما وجه إليه من نقد حاد على أساس أنه تبنى في العلاج النفسي وجهة نظر مادية بحتة. غير أن هذه الهنات لم تقلل من جهده شيئاً، إذ أنّ بحوثه العلمية في ميادين الطب النفسي، وعلم التشريح، وعلم الأعصاب، وعلم النفس، قد بقيت شاخصة في هذا المضمار.

يزخر تاريخ الطب النفسي بعدد هائل من أعلام الطب النفسي. فالعلماء الذين نذروا أنفسهم للبحث فيه والعلاج في ميدانه لا حصر لهم. وقد أسهموا أيّما إسهام في هذا المجال وعلى مختلف الصُّعد، وفي شتى الميادين العلمية. تضافرت جهودهم في مضامير التشخيص الخاص بالأمراض العقلية وعلاجها، وفي أسباب الأمراض النفسية وطبيعتها، وفي ميدان دراسة الصيدلة النفسية، ومشكلات الأوهام، والهلوسات، والخرف المبكر، والخرف المتأخر، وفي السبل الوقائية لدرء مخاطر الأمراض العقلية منها والجسمية. كل هذا الكم الهائل من العلم قد أرسى أسسه علماء أوقفوا حياتهم على خدمة العلم من أجل إسعاد الإنسانية، لذلك فقد

خلّدهم التاريخ، تكريماً لهم، وإجلالاً لمكانتهم وما أتحفوا به الحياة البشرية من علوم جلّى.

أحداث خالدة في تاريخ الطب النفسي

التاريخ	الحدث
1792	إلغاء نظام تصفيد مرض العقول بالسلال وتقييدهم بمبادرة من بينيل.
1822	نظرية بابيل الخاصة بالصرع.
1838	نظرية أسكويرل المتعلقة بالهوس الأحادي.
1842	نظام كونللي القاضي بعدم احتجاز مرضى العقول.
1845	أول مرة ينشر نظام دعا إليه جريسنجر يقضي بعلاج مرضى العقول وفق أسس علمية.
1847	أساليب مالينوفسكي في الطرق الاجتماعية الخاصة بعلاج مرضى العقول.
1866	نشر نظرية سيكونوف المتعلقة بانعكاسات المخ.
1869	أول وصف يظهر عن حالات العصاب التخشبي وقد ذكره كالبوم.
1872	أول وصف ينشر بخصوص صغر الجمجمة بشكل شاذ ودراسات تتناول ذلك قام بها ميزرفسكي.
1874	بيتز يكتشف الخلايا الهرمية والتصاعد الهرمي لخلايا المخ.
1875	جاكسون يكتشف الصرع البؤري.

التاريخ	الحدث
1880	كاندسكي ينشر نظريته عن الهلوسات الوهمية.
1882	إجراء أولى المحاولات الخاصة بالبحوث الفسلجية الخاصة بالذهانات.
1887	أول وصف للذهان العصابي المتعدد جاء به كورساكوف.
1890	نشر نظرية أهرنفيل الخاصة بعلم نفس الجشتالت.
1892	دراسات پك عن الخرف المبكر.
1893	فرويد يلخص طريقته التي ابتدعها في التحليل النفسي.
1894	فوندت ينشر دراساته عن علم النفس التجريبي.
1895	كونك يقدم عرضاً عن طريقته في إحداث الثقب الصدعي لعلاج بعض الأمراض العقلية المستعصية، كطريقة عيادية.
1896	كرابلن ينشر تصنيفه للأمراض الذهانية.
1903	بافلوف يكتشف الإنعكاسات الشرطية.
1903	بينيه يعلن عن إيجاده اختبارات الذكاء وتطبيقها في المجال الطبي.
1904	جانيه يعلن عن نظريته المتعلقة بالوهن النفسي (نظرية الإعياء العقلي)، والإنهاك الذي يلحق بالنفس.
1906	أول تطبيق لطريقة الجراحة العصبية يجريها بيوسوب.
1906	الإعلان عن نظرية شرنجتون الخاصة بالتكامل في مجال انتظام عمل الأعصاب والجسم بوجه عام.
1906	ماير يعلن عن مفهوم بيولوجية النفس، أو البيولوجية النفسية.

التاريخ	الحدث
1907	الزهايمر يصف طرائق البحوث التشريحية الخاصة بالخرف المبكر والخرف المتأخر.
1911	بلولير يصف الفصام (الشيزوفرينيا).
1911	نشر قانون كأنن الخاص بفسيولوجية الإنفعالات.
1912	ادلر يعلن نظريته التي أسماها علم النفس الفردي.
1913	واطسون يعلن عن نظريته السلوكية.
1913	يونج يعلن عن نظريته الخاصة بعلم النفس التحليلي.
1917	إيكونو يصف نظريته الخاصة بالتهاب الدماغ السباتي.
1918	داندي يخترع طريقة جديدة للرسم الهوائي[1] للدماغ.
1920	أول مرة يطبق فيها العلاج عن طريق إعطاء العقاقير المنوّمة، وهي طريقة أوجدها كلاوت.
1921	تطبيق اختبارات رورشاخ على الشخصية.
1923	العمل بنظام العيادات الخاصة بالطب النفسي في موسكو.
1924	أولى التجارب يجريها بيرجر على عملية تخطيط دماغ الإنسان.
1932	بافلوف ينشر نتائج تجاربه التي أجراها خلال عشر سنوات تتعلق بالدراسة الموضوعية لنشاط المراكز العصبية العليا عند الحيوانات فقادته إلى الانعكاسات الشرطية.

(1) الرسم الهوائي للدماغ، اختبار للتعرف على وجود تغيرات بنائية في الدماغ وذلك بفحصه بأشعة إكس بعد حقن الأوعية الدموية بالهواء. (المترجم).

التاريخ	الحدث
1933	نشر دراسات أجراها غانوسكين تتعلق بالسيكوباتية الاكلينيكية واحصائياتها، وديناميانها، وأنساقها.
1934	ساكيل يقترح طريقة للعلاج عن طريق الصدمة بالانسولين.
1935	فون ميديونا يقترح طريقة جديدة لعلاج التشنجات العصبية.
1936	مونيز يقترح طريقة لجراحة الفص الجبهي.
1938	سيرليتي يقترح طريقة للعلاج بطريقة الصدمة الكهربائية.
1950	كاربنتر يقترح طريقة جديدة للعلاج النفسي بالعقاقير المصنعة خصيصاً لهذا الغرض.
1952	أول مرة يطبق فيها العلاج بعقّار كلوربرومانيرين، وهذا كان يعدّ فاتحة سبيل جديد لتطبيق تعميم العلاج بالعقاقير على نطاق واسع في ميدان الأمراض العقلية.

الفصل الثاني

الأمراض النفسية وأعراض الأمراض العقلية

- إضطرابات الوظيفة المعرفية
- الخداع الحسي
- الهلوسات
- الاضطرابات الحسية ـ النفسية
- الاضطرابات الإدراكية وعواملها المرضية
- إضطرابات الذاكرة
- ضعف الذاكرة، والنسيان، وفرط التذكر
- تحريفات الذاكرة
- إضطرابات التفكير
- الوساوس
- الأفكار المشحونة
- الأوهام
- الاضطرابات الانفعالية
- الانشراح الانفعالي والاكتئاب

الفصل الثاني

الأمراض النفسية وأعراض الأمراض العقلية

اضطرابات الوظيفة المعرفية

ما من مرض عقلي إلاّ أن يكون مصحوباً، بصورة أو أخرى، باضطراب ينتاب الوظيفة المعرفية فيه ويعطلها. ويتخذ الاضطراب هذا أشكالاً شتى تتمثل في إتلاف قوة الإدراك للفرد، وتخلخل قدرته على الاستيعاب، وتعطل لديه القدرة على انسياب الأفكار كما ينبغي، وتعيق عملية تكوين الأفكار، وتؤثر سلبياً على الذاكرة، وعلى مختلف الملكات العقلية.

عندما نتأمل الواقع الموضوعي Objective Reality فإن عملية التأمل هذه لها منطقة خاصة في المخ، وهي منطقة مستقلة عن الشعور وتتم بمعزل عنه، ولكنها تبدأ بالإحساس Sensation. وأن الأشياء الموجودة في البيئة لا تؤثر هي مباشرة على المخ وإنما تنتقل تأثيراتها إليه بواسطة متسلمات طرفية Peripheral Receptors وداخلية Internal. والإحساس هو أول شرط من شروط العملية العقلية، وهو العملية الأولية، وتتم بواسطة المحللات Analysors الموجودة في اللحاء المخيخي[1]، وتنشأ عملية الاستلام هذه بواسطة تنبيه أطراف الأعصاب الحسية Sensory Nerves،

(1) اللحاء الخارجي Cerebral Cortex هو الغطاء الخارجي الرمادي للمخيخ. (المترجم).

ويحدث هذا التنبيه بفعل أشياء كائنة في العالم المحيط بالفرد وفي داخل نفسه هو.

فالإحساسات هي العملية الأولية، وهي المرحلة الأولى في النشاط المعرفي Cognitive Activity. فهي تعد عملية أولى لأنها لا تعكس في حقيقة الأشياء ككل، وإنما هي تعكس فقط خصائصها المنفردة مثل: أبيض، أسود، صلب، طري أو لين، ناعم، خشن... إلخ. فهذه الصفات هي صفات عامة تماماً وأنها لا تخصص ماهية الشيء بشكل كامل: فالأبيض ممكن أن يكون ثلجاً، أو طباشيراً، أو ورقة. ولذلك فعندما نتكلم عن (شيء أبيض) فإننا بكلامنا هذا لا نعني مباشرة إلاّ خاصية واحدة فقط من خصائصه، وهي خاصة مبنية على إحساس بصري أولي Elementary Visual Sensation.

لكن عملية تأمل الواقع الموضوعي هذا لا تنتهي عند المرحلة الأولية هذه. فالشخص لا يدرك فقط الخصائص والصفات الفردية للمادة، والموضوع، والشيء وحسب، وإنما هو يدرك كذلك الشيء نفسه ككل، فهذه الظاهرة تمثل نشاطاً نفسياً وتعكس حقيقته كعملية معقدة تعكس أيضاً حقيقة المعرفة عند الإنسان وهو يعيش في وسط حافل بمختلف المنبهات، وهي عملية تمثل في ذات الوقت أن العملية المعرفية هذه هي وحدة حقيقية واقعية ينتظم في كينونتها كل من الشيء وخصائصه وصفاته. ويطلق على العملية هذه كلها مصطلح (الإدراك الحسي) Perception. فالطباشير والسكّر، والثلج، والورقة، وكل ما نراه ونسمعه ونحسه من أشياء، إنما هي تنعكس من خلالنا عند إدراكنا لهذه الأشياء الموجودة في البيئة. غير أنه يلزم أن يحذر المرء من التفسيرات الخاطئة التي تتأتى أحياناً وتحدث نتيجة لظاهرة الإدراك الحسي. فقد يظن المرء، أو يكوّن انطباعاً خاطئاً عن أن الإدراك الحسي هو مجرد تراكم إحساسات، أو تجمّع انطباعات. إنّ

ذلك لخطأ كبير وتوهم ليس له نظير. فلا ينبغي القفز إلى مثل هذا الاستخلاص الخاطىء. لماذا؟ الجواب هو أن الإدراك الحسي ليس عملية ميكانيكية آلية تحدث لمجرد صف إحساسات بجنب بعضها لتكوّن عملية إدراكية حسية فينتهي الأمر عند هذا الحد؛ أن الإدراك الحسي يدخل فيه كل ذلك ويتضمنه، ويضاف إليه فضلاً عن ذلك عمليات عليا تمثل مراحل راقية في عمليات المعرفة العقلية.

والأشياء التي يتم إدراكها إدراكاً حسياً لا تعمل وتصل تأثيراتها إلى المخ دون أن تترك فيه أثراً. إنما في واقع الحال تبقى آثارها منطبعة على صفحاته. فكل شيء يدرك بصورة مبكرة وتمر تجربته في حياة الإنسان يترك هناك في المخ صورة Image تتفاوت في وضوحها حسب قوة تأثيرها في حياة المرء. فعندما نرى وجه شخص قابلناه أول مرة أو عندما نسمع مقطوعة موسيقية فإننا نبقى نشعر ونحس ونتصور صورة وجه ذلك الرجل وأنغام تلك المعزوفة حتى بعد غيابهما عن أبصارنا وأسماعنا. وهذه هي صور عقلية منفردة، وملموسة محسوسة، ويمكن وصفها بأنها (إدراكات حسية ثابتة) Fixed Perceptions، وقد سميت هكذا لأنها تمثل آثاراً لما تبقى في الذهن من تأمل سابق لموضوعات موجودة في الواقع.

في مراحل التطور العقلي الأولى للطفل، تكون صوره العقلية عن واقعة قليلة ومحدودة، وتكون في الوقت ذاته غير واضحة المعالم؛ ولكن عندما يكتسب القدرة على الكلام وتطوره لديه، فإنّ عالمه من الصور العقلية يتسع وتصبح صوره هذه أكثر أثراء مما كانت عليه في مراحل متقدمة من حياته. وعندما يبلغ مرحلة الرشد تغدو صوره العقلية هذه أكثر اتساعاً، وأن إتساعها هذا يستمد مقوماته من اتساع بيئته ومن حقيقة إدراكه الحسي. وارتباط الصور العقلية بمسمياتها التي تقابلها في البيئة ينجم عنها ما يسمى بالصور العامة General Images. والصور العامة هذه تفضي إلى

تكوين المفاهيم Concepts. والمفاهيم بدورها تعكس خصائص وصفات لا تدركها الحواس العضوية ولا تكون منظورة فيما تمثله من أشياء كائنة في الواقع. فالمفاهيم يعبر عنها دائماً بالألفاظ. فمن ذلك مثلاً (مادة)، (حياء أو خجل)، (بياض)، هذه الخصائص المعنوية كلها تمثل مفاهيم لا تدرك إلاّ بالعقل.

والمراحل الأخيرة من مراحل الوظيفية المعرفية تتمثل في تكوين الأحكام العقلية[1] Judgements. ومن طبيعة الحكم العقلي أنه يؤسس ويرسخ العلاقات التي تربط بين الأشياء وظواهر الواقع على أساس من التسلسل المنطقي لكل من الإدراكات، والصور العقلية، والمفاهيم. فمن الأمثلة على الأحكام العقلية كقولنا: (الورقة بيضاء)، و(السماء صافية)، و(سيسقط المطر غداً).

إن تتابع النشاط المعرفي الموصوف هنا لا يعكس بحال من الأحوال تباطؤاً في عملية الإدراك، ولا يعني أبداً أن عملية الإدراك الحسي والتفكير يسيران في الزمن بشكل وئيد. فالإحساس مثلاً لا يستغرق وقتاً أكثر أو أطول من انتقال أثر المنبه من أطراف الأعصاب إلى المخ لترجمته وإدراك معناه. وفي عملية النشاط المعرفي التلقائي Spontaneous فإن الصور العقلية والمفاهيم يمكن أن تنشأ وتتكوّن متزامنة، فلا يفصل بين بعضها بعضاً أي فاصل زمني. ولهذا فإن ما يدركه المرء ويفهمه يمكن أن يتم بشكل متأنٍ وبلا فواصل زمنية وبأسرع ما يتوقع.

تطرقنا في حديثنا هنا عن النشاط المعرفي بشكل مقتضب، ذلك لأنه سيعرض لنا الحديث عنه وما ينتابه من جراء الاضطرابات العقلية التي سيتم الحديث عنها في هذا الكتاب.

---

(1) الحكم العقلي هو قرار ذهني يثبت به العقل مضمون الاعتقاد ويحوله إلى حقيقة. (المترجم).

الخداع الحسي[1]

الخداع الحسي هو إدراك حسي زائف ومشوه لشيء حقيقي موجود. ويوصف بأنه خداع حسي عندما لا ينطبق الإدراك الحسي على واقع الشيء الحقيقي كما هو موجود فعلاً. والخداعات الحسية هذه كثيراً ما تحصل لدى الأشخاص الأسوياء، أيضاً، وما يسمى بالخداع البصري مبني على قوانين فيزياوية معروفة، وهي خداعات بصرية أصبحت جد مألوفة. فحينما نغمس ملعقة في كأس مليء بالماء، فإنها تبدو لنا وكأنها مكسورة، والسبب أن جزئيها، الظاهر والمغمور في الماء، يحيطهما وسطان مختلفان في الكثافة لذلك تلوح لنا وكأنها مكسورة، أو أنه ليخيل إلينا هكذا.

الناس الأسوياء يمرون أيضاً بتجارب وخبرات من الخداع الحسي، وأسباب ذلك كثيرة، منها مثلاً عدم التركيز في الانتباه، فيمر الشخص بحالة انتباه سطحي للأشياء، أو بسبب إدراك حسي غامض أو غير واضح، كما في حالة وجودك في الظلام، أو عندما لا تكون الإضاءة كافية، أو في حالة ضعف السمع، كما يتعرض الفرد لمثل هذه الضروب من الخداع فتحصل له أخطاء عندما يقرأ، أو إساءة الفهم لبعض الكلمات خلال المحادثة، أو ربما يتعرض لذلك أيضاً في حالات الخطأ في التعرف على شخص فيتوهم في معرفة شخص غريب يراه بدون انتباه زائد نحوه فيظنه شخصاً يعرفه. من عوامل الخداع الحسي أيضاً، التغير في الوضع الوجداني للشخص، كما يكون في حالة قلق، أو في حالة خوف. بيد أن حالات الخداع الحسي تكثر وتزداد بازدياد أعراض الأمراض العقلية. فهي خداعات

(1) الخداع الحسي: في حالة الإدراك البصري خاصة، هو تحريف ذاتي وتشويه للمحتوى الموضوعي وللمعطيات الواقعية؛ وفي حالة الذاكرة، هو التزييف الذاتي غير المقصود بإضافة أو حذف أو إحلال شيء محل شيء عند تذكر الخبرات الماضية. (المترجم).

حسية يكثر حدوثها عندما يصاب الشعور بعاهات مرضية مثل الهذيان، وحالات التوهان[1]، وهي خداعات تنسلك في عداد المتلازمات الاهتلاسية والهذائية Syndromes، كما تكون هذه الخداعات مصاحبة أيضاً للاضطرابات الوجدانية. فالخداع البصري لدى المريض الذي يعاني من الهذاء وحالات التوهان، تبدو عليه فيرى كل ما يحيط به من أشياء مشوهاً لذلك تظهر له الأشياء البيئية غريبة. ولهذا فإن خبرات الخوف والقلق تعد من العوامل المساعدة في زيادة حدة الخداع الحسي. وعندما لا يكون العطب الذي يصيب الشعور خطيراً، فإن المريض الهذياني يدرك الأشياء بشكل خاص به هو فقط، فيرى الأشياء العادية كأنها صور رائعة، أو يدركها بصورة مبالغ فيها، فيرى الشق في الجدار، أو الظل المنعكس على السقف، وكأنهما غيلان.

حالات الاهتلاسات، وحالات الهذيان، يمكن أن تحصل أيضاً على صورة خداعات لفظية Verbal Illusions. إذ إن المريض في هذه الحالات يفسر ما يدور حوله من حديث وما يسمعه من عبارات حيادية لا تمسه أبداً، يفسرها بأنها عبارات موجهة ضده، وأنها تنمّ عن عداء موجه إليه. ويصعب أحياناً التمييز بين نوعي الخداعات الحسية لدى المرضى. ولكن الفرق هو أن المريض بالخداع السمعي يفسر ما يسمع بطريقته الخاصة، أما المريض بالخداع الحسي الهذياني، فإنه يبحث عما وراء ما يتلفظ به الناس وماذا عساهم يعنون.

من الأنواع المتعددة من ضروب الخداع البصري، هو الخداع الوجداني، ويكثر بشكل خاص لدى المرضى الذين يكابدون حالات

(1) حالات التوهان Twilight States: حالات تصيب المرضى بالهستيريا والصرع، وفيها ينفصلون عن بيئاتهم، وتبدو لهم الأشياء على غير حقائقها، وتكون عندهم أحلام يقظة من نوع خاص. (المترجم).

اكتنابية، وحالات هوسية. فالمريض قد يرى الناس من حوله بوجوه عابسة، وتعابير غاضبة، أو على العكس يراهم جميعاً مرحين فرحين تعلو محياهم البشاشة.

تحصل الخداعات الحسية عادة في حالة هبوط فعالية النشاط النفسي إلى أدنى مستوى لها، وعندما تكون خلايا اللحاء المخيخي في حالة سبات[1] كلي أو جزئي.

الهلوسات[2]

الهلوسات ما هي إلاّ إدراكات حسية زائفة، مصدرها التصور الخاطىء أو الخيال الواهم. وأن غرابتها الأساسية تكمن في غياب الشيء الحقيقي المدرَك بالعقل فقط والذي ليس له ما يقابله في دنيا الواقع، كما تتمثل غرابته أيضاً في انعدام المنبه الحقيقي الذي يمكن أن يستثير أعضاء الحس التي من شأنها، في الأحوال العادية، أن تستقبل عادة مؤثرات التنبيه وتحللها ويطلق عليها المحللات Analysors/ ومع ذلك فإنّ هذه الإدراكات الزائفة تبدو وكأنها حقيقية وتبدو أيضاً وكأن لها اسقاطاتها الخارجية فتتراءى للمريض أنها حقيقة لا يدانيها الشك، فيجزم بأنه يراها ويسمعها/

إن أبسط أشكال الهلوسة هي ما يطلق عليها الهلوسات الأولية

---

(1) حالة أو المرحلة السباتية Hypnotic Phase: تصيب الفرد عندما تصاب عنده بعض خلايا الدماغ بعطب أو عطل، والصفة سباتي أو نوامي نسبة إلى هايبنوس Hypnos: رب النوم عند الإغريق، وهو شقيق ثناتوس رب الموت عندهم، وهايبنوس هو أبو مورفيوس وفانتوسوس، وكلاهما يجلب النوم، ويمثله شاب مجنح يمس رؤوس المتعبين مسّاً رقيقاً فيرسلهم إلى النوم. (المترجم).

(2) الهلوسات: إدراكات خاطئة لمنبهات وأشياء غير موجودة أصلاً في الواقع الخارجي، كأن يسمع المرء أصواتاً تحادثه في حين أنه لا يوجد أي أحد يتحدث إليه. (المترجم).

ELementary Hallucinations؛ وكمثال على ذلك رؤية شرر يتطاير أمام العين/استضواء Photopsia؛ أو عند سماع ضوضاء تضايق الأذن، أو الإحساس بسماع قرقعة تصدع السمع/استسماع Accouasm. الهلوسات الأولية هذه لا معنى لها، فهي خالية من أي مغزى حقيقي، وقد سميت (أولية) تمييزاً لها عن تلك الهلوسات المعقدة ذات الطابع الحقيقي والتي لها ما يقابلها في البيئة من أشياء ولها ما يناظر وجودها في البيئة. فالمريض الذي يعاني من نوبات هذيان[1] كثيراً ما يرى، متوهماً، أشخاصاً متوجهين نحوه وهم يضمرون له الشر ويريدون به سوءً، أو يقول لك أن هناك حيوانات مفترسة تقترب منه وتنوي افتراسه. وغالباً ما تتكون الاهتلاسات من مناظر تحمل في طياتها ما يعمله المريض عادة في حياته اليومية.



شكل يبين هلوسة بصرية مصحوبة بنوبة هذيانية.

والتصنيف الشائع للهلوسات والأكثر انتشاراً لها هو التصنيف الذي يأخذ بأرجاعها من حيث أنواعها إلى الحواس العضوية المعروفة، ومنها

(1) الهذيان Delirium: عرض مرضي مركب، وإعتام يصيب الشعور، ويكون مصحوباً بتهيؤات وهلوسات وأفكار غير مترابطة، وتصحبه أحياناً مخاوف وهمية. (المترجم).

البصرية، والشمية، والذوقية، أو تسميتها بالهلوسات العامة General Hallucinations. ومن الأهمية بمكان أن يلاحظ أن الهلوسات تأخذ أحياناً صفة الأمر والإلزام Imperative؛ بمعنى أن الشخص الذي يعاني منها يقول لك أنه يسمع أصواتاً تأمره أن يقوم بعمل معين، وأنه يعتقد أنه يسمع هاتفاً ينهاه عن عمل شيء ما. والصوت الآمر ـ عن طريق الهلوسة ـ كأن يأمره بقتل نفسه، أو يأمره بالامتناع عن تناول الطعام،... إلخ، وكثيراً ما يطيع الشخص المهلوس هذه الأوامر الاهتلاسية.

فضلاً عن الهلوسات الأولية، توجد هناك لدى بعض الأفراد أحياناً، هلوسات كاذبة[1] Pseudo-Hallucinations، والمصاب بها يستشعر الغرابة في ذاته ويحس كأنه منفصم عن الواقع، كما يشعر بالتفاهة، وبالسطحية. وللتمييز بينها وبين صور الذاكرة والخيال والتخيل، فإن الطب النفسي يؤكد على أن المريض بالهلوسات الكاذبة يتخذ منها موقفاً سلبياً يتسم باللامبالاة.

وتشتمل الهلوسات الكاذبة أيضاً على إدراكات زائفة ينقصها الوضوح الحسي، فهي تمثل صوراً عقلية مكررة بحيث أن الذي يعاني منها هو نفسه يميز بينها وبين إدراك الأشياء الحقيقية في البيئة.

الهلوسات الكاذبة تعكس صوراً جانبية وظلالاً لا ترتبط بأشخاص من عمر معين أو من جنس معين ـ إذ تتساوى فيها التعمية بين الذكور والإناث والخلط بينهما ـ فهي هلوسات لا تكوّن حقيقة الأشياء الكامنة وراءها.

فلا تعجب أن تجد شخصاً ما، مثلاً، مصاباً بهلوسة سمعية، وهو يقول لك أنه يسمع أصواتاً تناديه آتية من ثنايا جسمه ومن داخله. وحينما تسأله عن نوع هذه الأصوات الموهومة، أهي أصوات ذكور، أم هي

(1) الهلوسات الكاذبة كثيراً ما تمثل مرحلة انتقالية إلى هلوسات حقيقية، وصاحبها يدرك أن سببها ليس مصدراً خارجياً. (المترجم).

أصوات أناث، أم هل هي أصوات عالية أم خفيضة؟ فإنه يجيبك لا يدري، ولا يستطيع تبين حقيقتها.

وما يجدر هنا ذكره والتأكيد عليه هو أن الأشخاص الذين يعانون من هلوسات كاذبة، كثيراً ما يشكون من إحساس برنين وطنين يشوش على أفكارهم، وكل هذا يشوه تفكيرهم ويخل بعلاقاتهم بسواهم من الناس.

لهذا فإن الهلوسات الكاذبة غالباً ما تكوّن لصاحبها مصدراً فكرياً ضاغطاً، مما يجعله يحس إحساساً غريباً حيال أفكاره، كما يشعر أنه منحسر عن بيئته وأنه عنها غريب. فيشعر الشخص المكابد أن أفكاره التي يتفوه بها ليس أفكاره هو، وإنما هي، كما يتوهم، أفكار مملاة عليه، وأنها حشرت في عقله رغم إرادته. فهو في طوفان من الأفكار التي تجري على هواها، فلا سيطرة له عليها، وهي حالة تعرف باسم الإغراق Mentism. إنه يشكو من ذكريات وكوابيس. وكثيراً ما تكون الهلوسات الكاذبة مصحوبة بإحساس يتعلق بأفكار أمليت على الفرد إملاء وأنها تفضي به إلى سلوك معين يتصف بمتلازمة تناذرية Syndrome من الحركة الذاتية النفسية Psychic Automatism[1]. وهي حالة يكثر وجودها لدى الفصاميين: Schizophrenics.

والمرضى النفسانيون الذين يعانون من هلوسات في حياتهم اليومية تغلب عليهم التقلبات السلوكية التي تلحظ على سلوكهم ظاهرة باستمرار. فالشخص المريض بالهلوسة السمعية، مثلاً، تراه وقد رفع يديه فجأة وأدخل سبابتيه في أذنيه، وربما أقفل أذنيه بكلتا يديه كما في هذا الشكل:

(1) ذاتية الحركة أو الحركة الذاتية: رأي يقول إن كل نشاطات الكائن الحي تتحكم فيه أسباب فسيولوجية، وإنها نشاطات قد لا تكون في الغالب إرادية، كالأفعال الانعكاسية. (المترجم).



هذه صورة شخص يشكو
من هلوسات سمعية

وإن شخصاً كهذا يكابد هلوسات سمعية، تراه كثيراً ما يلجأ إلى حشو أذنيه بكرات من القطن زاعماً أنه إنما يفعل ذلك لدرء الأصوات التي تدهم رأسه باستمرار. وتجد الشخص الذي يعاني من هلوسات شمية، أما أن يمسك بأنفه بأصبعيه، أو أنه يغطيه بمنديل بشكل مستمر كما في الشكل التالي:



صورة امرأة تعاني من
هلوسات شمية.

وكثيراً ما نرى أناساً يقاسون هلوسات بصرية، فتراهم وكأنهم زائغو الأبصار، فهم ينظرون إلى لا مكان معين، أو ترى الواحد منهم وكأنه مثبت بصره على مكان غير منظور، كما في الشكل التالي:



مريضة بالهلوسة البصرية.

وغالباً ما تُجرى عادة مقارنة بين الأحلام Dreams والهلوسات. والجدير بالملاحظة هو أن الحالة التي تسبق النوم العميق يمكن أن تؤدي إلى ما يسمى بالهلوسات التغفيقية[1] Hypnogogic Hallucinations. فمثل هذه الهلوسات تتكرر عند مدمني الكحول، وعند بعض المصابين بالفصام، وهي تحصل حتى قبل تطور مرحلة الظاهرة الذهانية، وقد تطرأ أحياناً لدى الأسوياء من الناس، ولكنها لا ضرر منها عليهم، لأنها عابرة، وليست بمرضية كما هي عند الأشخاص المرضى والتي تلازمهم كظلّهم. فهي عند المرضى تكون مرعبة لهم، فتبدو لهم اهتلاسات بصرية يرون فيها وكأنها

(1) التغفيق: لغة حالة النعاس التي تقع بين الصحو والاستغراق في النوم العميق، فهي حالة تجمع بين شيء من الشعور والانغماس في النوم في أولى درجاته. وفي هذه المرحلة ينخفض التفكير الواعي والفقدان التدريجي للسيطرة على التفكير والنطق، وفي المرحلة الأخيرة منه قد تحدث بعض الهلوسات. (المترجم).

غيلان تتهددهم بالإنقضاض عليهم، أو كأنها أشباح مرعبة، أو أنها في الأقل تضايقهم فيرون فيها صوراً متعاقبة لا تنقطع في تتابعها كما في حالة الصور السينمائية.

الاضطرابات الحسية ـ النفسية[1]

تختلف الاضطرابات الحسية ـ النفسية Psycho-Sensory Disturbances عن أنوع الجذع الحسي، في أن هذه الاضطرابات تكون ذات أصول عضوية، والجانب العضوي فيها يتسم، إلى حد ما، بشيء من الاتزان وبشيء من الاستقرار، وأن المريض في هذه الحالة يحتفظ في ذاته بشيء من الإتجاه الناقد إزاءها. ويلاحظ أن الأشخاص الذين تتكوّن لديهم مثل هذه الظاهرة المرضية النفسية يكثرون من شكوى رؤيتهم الأشياء مشوهة، تظهر لهم وكأنها معكوسة على صفحة مرآة زجاجها مهشّم.

يطلق على التشوه الإدراكي المضطرب هذا تعبير الانسلاخ[2] Metamorphosia، بينما يطلق على ما يظنه الشخص من تشوه في ذات جسمه، أنه تشوه في تناسق الجسم وعدم إتساق أبعاده أو تناسقها.

فالشخص السوي والسليم من الاضطرابات النفسية والتشوهات التكوينية الجسمية تبدو له الأشياء كما هي سليمة ومن غير تشويه لا وجود له، لأن صوره العقلية عما يتراءى له، تكون صوراً ثابتة لا تأرجح فيها، ولكن صور الواقع للمرضى تختل باستمرار فينقصها الثبات. فالشخص

(1) الاضطرابات الحسية النفسية: إضطرابات تحولية يكون العامل الرئيسي المؤثر فيها ما يصيب النفس من تفكك واختلالات فيؤثر في النواحي الحسية، والعكس صحيح. (المترجم).

(2) تشوه ظهور المرئيات بصرياً بسبب اضطراب نفسي أو بسبب اضطراب الشبكية، فتبدو الأشياء وكأنها منسلخة من حقيقة تكوينها الأصلي. (المترجم).

الذي له تاريخ مرضي وكان يشكو، مثلاً، من داء التهاب الدماغ Encephalitis، تجده يتبرّم باستمرار قائلاً أنه يحس أن دماغه يكبر في الحجم بشكل غير طبيعي، أو قد يقول لك أن ذراعيه وساقيه قد امتدت في الطول على نحو غير طبيعي، أو ربما يذكر فيقول إنّ أطرافه آخذت في القصر والتلاشي إلى حد يفزعه... إلخ. وفي أشد الحالات النفسية تعقيداً، ترى الفرد يضج بالشكوى من أن أطرافاً منه قد فصلت من جسمه فلم يعد يحس لها وجوداً في بدنه، أو أنها غير موجودة في جسمه البتة، أو ربما يقول لك بأنه تشوهت أطرافه تماماً، أو أنها ملتوية، أو خفيفة جداً، أو أنها لا وزن لها فيشعر وكأن جسمه بلا أطراف.

ثمة نوع آخر من الاضطرابات الحسية ـ النفسية يطلق عليه تعبير ألفة المشهد[1] Déja Vu أو جدة المنظر[2] Jamais Vu، وفيه يتبدى المنظر للشخص المريض وكانه يراه أول مرة، أو على العكس من ذلك إذ تبدو له مناظر كان رآها من قبل فيحسبها غريبة عليه. وهذا يعكس حقيقة وهي أن إدراكاً لبيئة مألوفة تصحبه حالة من حالات الأعراض التي تسمى الإفراغ من الواقع[3] Derealization. وفي حالات محددة، فإن المريض يفقد الإحساس بمعالم شخصيته، أو أنه لا يعود بمقدوره التعرف على جسمه، أو على

---

(1) إلفة المشهد: هو إحساس الفرد بأنه سبق له أن رأى هذا المشهد أو رآه من قبل، وهو ما لم يحدث بالطبع. ويحدث ذلك عند التعب أو المرض، وأن ذلك يمثل رغبة الأنا بالإحساس بالطمأنينة. (المترجم).

(2) جدة المنظر: خبرة يحس الفرد معها أنه لم يسبق له أن رأى هذا المنظر أو عرفه من قبل، في حين أنه كان يعرفه ويألفه من قبل بكل تأكيد. والتجربة هذه إنما هي حيلة دفاعية يلجأ إليها الأنا، وبها ينتزع الحدث من محتوى الخبرة الحقيقية هذه ويبعده عن مضمون الشعور. (المترجم).

(3) الإفراغ من الواقع: عرض مرضي يؤدي بالمريض إلى الشكوى من أنه لا يحس بشخصيته وحدودها ضمن الواقع. (المترجم).

صوته، أو على وجهه، وهذا تفكك خطير يسمى في الطب النفسي الحديث فقدان الشعور بالشخصية[1] Depersonalization.

إن جميع الأعراض التي مرّت الإشارة إليها، يمكن أن تنجم عن خلل في المخ، أو عطب يصيبه. ويغلب عليها أن تكون عمليات مرضية ذات طبيعة استمرارية، وموقع دائها في الجانب الأيسر الداخلي من الصدغ، ولهذا يسميها بعض المختصين الزملات أو المتلازمات الشقية الداخلية من الدماغ؛ وكان هوف Hoff، وشلدر Schilder أكثر المختصين تأكيداً عليها وعلى مكانها من الدماغ، من هذه الناحية.

الاضطرابات الإدراكية وعواملها المرضية

هناك عدة نظريات في الوقت الراهن تعكف على دراسة الاضطرابات الإدراكية، محاولة تفسير الأسباب الكامنة وراء ما يحدث من خداعات، واضطرابات حسية ـ نفسية، وهلوسات يومية.

كانت هناك نظرية لبيت في الميدان ردحاً من الزمن يطلق عليها النظرية المحيطية للهلوسات The Peripheral Theory of Hallucinations. وبقيت متداولة فترة في أدبيات الطب النفسي. بقي العلماء، طبقاً لهذه النظرية، يعتقدون أن ما يطرأ على المرضى بالهلوسات من اضطرابات، وما يلاحظ عليهم من تشوهات حسية ينسبونها إلى واقعهم، إنما هي متأتية من أسباب مباشرة ترتبط بخلل يكمن في متسلماتهم المحيطية الطرفية Peripheral Receptors. بيد أن هذه النظرية قد تم دحضها لأنها لم تجد لها سنداً يدعمها فيما ذهبت إليه، لا في الملاحظات الميدانية ولا في الدراسات العيادية.

---

(1) فقدان الشعور بالشخصية: حالة عقلية تؤدي بالشخص المريض إلى عدم الإحساس بمعالم جسمه ولا يدرك موقع شخصيته من الواقع الذي يحيط به. (المترجم).

وأول خطوة أساسية أتيحت لفهم طبيعة الاضطرابات الإدراكية تمثلت في النظرية المركزية المتعلقة بالهلوسات، وهي النظرية التي جاء بها في نهاية القرن التاسع عشر، المختص بعلم الأمراض العصبية والطبيب النفساني الألماني فيرنك. خلص فيرنك في نظريته هذه إلى أن الهلوسات تحصل جراء ما يصيب اللحاء المخي من خلل، وعندما يتعرض هذا إلى منبهات حادة. اعتمد فيرنك فيما ذهب إليه، على مقارنات استمدها من الملاحظات العيادية ومن المعطيات التشريحية للحالات المرضية. تلت ذلك محاولات كانت ترمي إلى إحداث الهلوسات وتوليدها بصورة تجريبية، وذلك بإمرار تيار كهربائي مخفف إلى مناطق المخ التي تتحكم بالحواس البصرية، أو السمعية، أو مناطق الحواس الأخرى. فتنبيه القطب الخاص بالفص القذالي[1] من المخ بالكهرباء، مثلاً، ينتج عنه حدوث اهتلاسات بصرية، وأن تنبيه الفص الصدغي بالكهرباء أيضاً، ينجم عنه اهتلاسات سمعية.

أقيمت النظرية المذكورة بصورة رئيسية على أسس من الحقائق والبيانات التشريحية، ومن ثم تمّ تطويرها وفق معطيات التوازي الجسمي - النفسي[2] Psychomorphological Parallelism. ولكن انتهى بها الأمر إلى النظر إلى الظواهر فقط، أي التركيز على النواحي الوجدانية الظاهرية وما ترتبط به من أعراض، أما ما يقبع وراء ذلك من ميكانيزمات فسيولوجية مرضية فقد أغفلت شأنها دونما حل.

وقد أدت الإكتشافات التي حققها بافلوف إلى الغوص بعيداً في أعماق هذه الميكانيزمات. إذ استخدم بافلوف أساليب مادية تمكن بواسطتها

(1) الفص القذالي Occipital Lobe: الفص الكائن في المنطقة الخلفية من المخ، أي المنطقة الواقعة في القسم الخلفي من الدماغ. (المترجم).

(2) نظرية التوازي هذه تقول بتلازم العمليات العقلية واللحائية، بحيث أن التغير الذي يصيب أحدهما يصحبه تغير يصيب الآخر، ولكنها تنظر للموضوع من زاوية سيكولوجية. (المترجم).

من التوصل إلى معرفة أن بعض خلايا المخ تتوقف عن عملها في حالة النوم، وأن بعضها يبقى ناشطاً وفي حالة يقظة. ففي هذه المناطق التي أسماها (مراكز الحراسة) Guard Posts، تؤثر عملياتها على عمليات تلك المناطق الأخرى المكفوفة مؤقتاً في حالة النوم. أي أن اليقظانة تنبه عند الحاجة تلك النائمة. ولذلك فهو قد ذهب إلى أن الأحلام، أو ما يحدث من هلوسات، وسواها من مظاهر النشاط النفسي، إنما تعزى إلى عدم الكف الكامل في المخ، وإن كان الإنسان يغطّ في نوم عميق. وقد تأكدت هذه الفكرة من ملاحظات استمدها الباحثون من العيادات النفسية ومن ميدان التطبيقات التجريبية. ففي بعض التجارب هذه، أعطيت بعض العقاقير الخاصة، فتولدت عنها أحلام وهلوسات.

وقد وجد، فضلاً عن ذلك، أنه في حالة يقظة اللحاء وعندما يكون في حالة وعي تام، فإن الهلوسات هذه يمكن أن تنشأ من المناطق التي لا تكون مكفوفة تماماً، وقد وجدت حالات كهذه في مراحل التنويم المغناطيسي، وفي مراحل الإنتقال من حالات اليقظة إلى حالات النوم.

أسهمت بحوث فسيولوجيا الأمراض الخاصة بالهلوسات السمعية إسهاماً فعالاً في فهم مكنيات هذه الهلوسات فهماً على نحو أفضل: فهماً يتصل بمنشأ هذه الهلوسات. إذ إن تحليل البيانات التجريبية يشير إلى أن الهلوسات تصاحب الاضطرابات التي تحصل في الأجزاء المركزية من المحللات السمعية. وتستحث الاهتلاسات وتستثار فتتبدى بأكثر من سبيل، من ذلك مثلاً:

(أ) عن طريق عمليات تنبيهية في حالة اشتداد الأمراض النفسية؛
(ب) بواسطة ظواهر تحدث على فترات مرحلية؛
(ج) بتأثير أحداث مرضية مستحكمة كائنة في الأجزاء العليا من المحللات السمعية المتصلة بوظيفة جهاز الاستشارة الثاني من الجهاز العصبي.

لذلك فإن اكتشاف المراحل النوامية Hypnotic Phases قد قرّبتنا أكثر من مسألة فهم حقائق الهلوسات.

وبهذا يمكن اعتبار المبدأ الذي جاء به بافلوف، وهو المبدأ العلمي المسمى (مراكز الحراسة) مضافاً إليه المراحل النوامية، أساساً رصيناً لفهم الأسباب الفسيولوجية المرضية الكامنة وراء الإدراك الحسي الزائف.

إضطرابات الذاكرة

الذاكرة هي القابلية على الاحتفاظ بنتائج تأمل الواقع الموضوعي الحقيقي، ويتم ذلك بالاحتفاظ في الدماغ بآثار ما يُدرك حسياً، ويستبقى على صور عقلية منقوشة في المخ، ويتم تذكر ما يمر بالمرء من خبرات سواء كانت أشياء أو مفاهيم أو أفكار. والقوانين التي تتحكم بعمليات الذاكرة هي قوانين مبنية على أصول من الارتباطات الموقتة Temporary Associations.

وإن إستعادة الصور العقلية والمفاهيم، وهي كثيراً ما تكون استعادة تلقائية، تحدث عند الإنسان نتيجة للتداعيات. وهناك الارتباطات التي تكوّن رباطاً وثيقاً بين الصور العقلية المستمدة من الواقع المحيط بالإنسان. فصورة اللون الأسود مثلاً، يمكن أن تذكّر بعكسها وهو اللون الأبيض. وأن حدثاً مرتبطاً بتأريخ معين مثيلاً، خليق بأن يستثير في الذهن أحداثاً أو تواريخ أخرى قريبة في الزمان من الحدث الأول. وهذا ما يسمى بالارتباط الحاصل بحكم التقارب Contiguity. فالارتباطات توحد في أذهاننا فقط الظواهر المتقاربة في الزمان أو المكان.

ضعف الذاكرة، والنسيان، وفرط التذكر

أكثر ما يغلب على الذاكرة من اضطراب هو ضعف الذاكرة ويقابله مصطلح Hypomania، ويقصد به ضعف الذاكرة بشكل جزئي، إذ تفقد

قابليتها على التذكر لما يحدث سواء كان ذلك للأحداث القريبة أو البعيدة. وقد وجد أن أكثر الناس المعمرين يصعب عليهم إستذكار ما مرّ بهم من خبرات: قديمها وحديثها. وعكس ضعف الذاكرة، هناك ظاهرة فرط التذكر Hypermnesia، ويراد به اشتداد وارتفاع مستوى الذاكرة إلى حد غير إعتيادي. وتلاحظ مثل هذه الذاكرة لدى المرضى العقليين، عندما يتعرضون إلى استثارات محددة، وهي ظاهرة تبدو جلية عند من يعانون من هوس حاد، فيستذكرون الماضي البعيد، أما أحداث الحاضر والماضي القريب، فتبقى كما هي من غير تغيير، وربما تكون على نحو ضعيف. فكثير من الناس، حينما يكونون في حالة اكتئاب أو عندما يكونون محبطين، وعندما يتسرب إليهم اليأس جراء سوءة من سوءات الحياة، تراهم يشكون من سيل يغمرهم محتشداً بذكريات الماضي الغابر. إذ تهجم عليهم ذكريات كانت قد أندثرت، فهي تهاجمهم في لحظتهم تلك وكأنها قطار من التداعيات يجرجر بعضها بعضاً فتغمرهم بسيل يحسون معه وكأنهم فيه غرقى. وحالة مماثلة لهذه تتم ملاحظتها في حالات الحمى التي يتعرض لها أشخاص يصابون بأمراض معدية[1] Infectious Diseases.

هناك نوع آخر مهم من أنواع اضطرابات الذاكرة، لا يقل أهمية عن سابقيه، ذلك هو النسيان Amnesia، أو ما نسميه فقدان الذاكرة. وفي بعض الحالات يشمل النسيان جزءاً محدوداً جداً من حياة المريض، فيكون ذلك الجزء من ذاكرته بالغ التلف والإعطاب. وأبسط مثل على ذلك هو أن يكون هناك فراغ في الذاكرة للزمن، مثلاً، فلا يعود يعيه ولا يعرف ما

(1) النسيان القبلي: ويطلق عليه بعضهم الوهل الأمامي، وهي ترجمة مغلوطة لسببين: الأول، إن الوهل يعني الخوف؛ والثاني، إنه ليس هناك نسيان أمامي وخلفي. فالنسيان القبلي هو نسيان لا يستطيع المريض معه أن يستوعب المعلومات الجديدة ولا يتمكن من استعادتها، على أنه يستطيع أن يسترجع الخبرات القديمة. (المترجم).

الوقت ولا يدركه شعورياً، أي أن إدراكه للوقت يصبح إدراكاً لا شعورياً، وينجم ذلك عن حالات إغماء، أو في حالات الغيبوبة... إلخ. فهو عندما يمر بمثل هذه المواقف، فلا يعود قادراً على تذكر من أسعفه، مثلاً، ولا يستذكر الظروف التي حمل فيها إلى المستشفى.

ولهذا فإن الصدمة التي تصيب المخ وتفقد الإنسان وعيه لا تجعله يتذكر الأحداث التي تلت تلك الصدمة مباشرة. ويطلق على هذه الحالة تعبير النسيان القَبْلي Anterograde Amnesia. ويمكن أن يشمل مثل هذا النسيان الأحداث التي وقعت قبل الحدث أيضاً. يصاحب ذلك أحياناً نسيان أحداث زمانية، وهي تختلف من حيث حدوثها باختلاف قوة الصدمة، ويطلق على هذا النوع من إضطراب الذاكرة تعبير النسيان البَعْدي Retrograde Amnesia.

وفي حالات أمراض معينة، فإن النسيان يشمل مساحات واسعة من الناس، ويصيب أعداداً كبيرة منهم، ففي حالات الخرف Sinility، مثلاً، فإن الفرد ينسى كل ما يتعلق بأيام رشده ونضجه، ولكنه يروح غارقاً في طوفان من ذكريات طفولته ومراهقته وأيام صبواته.

تحريفات الذاكرة

أكثر أنماط إضطرابات الذاكرة انتشاراً هي تحريفاتها أو ما يسمى بزوائف الذاكرة وتشويهاتها[1] Paramnesia. ويقصد به تذكر زائف ويطلق عليه الاستذكار الكاذب Pseudoreminiscence. ونظراً للتشابه بينه وبين

(1) تحريفات الذاكرة تنشأ نتيجة لتلف يصيب بعض خلايا المخ نتيجة لالتهابات أو صدمات تصيبه، أو بسبب إدمان الكحول، حيث تحتجب الذكريات ويحل محلها زيف تأملي، فيؤلف المريض أحداثاً كاذبة ليسد بها النقص الحاصل في ذاكرته. (المترجم).

الإدراكات الزائفة، فإن بعضهم يسميه ويصفه بأوهام الذاكرة أو خداعات الذاكرة. فاستذكار الأحداث استذكاراً زائفاً يتصل عادة بأحداث كانت قد مرّت بالمريض في حياته، ولكنها لم تعد ترتبط بزمن معين في حياته، فلا يستطيع نسبتها إلى حقيقة واقعها تماماً. لذلك فالشخص المصاب بتحريفات الذاكرة يقرن حدثاً مرّ به إلى غير حقيقته. فالمريض قد يقول لك مثلاً، أنه عاد لتوه من جولة تخصه، أو أنه كان في مهمة عمل أو رحلة صيد، بينما هو في الحقيقة كان في المستشفى. إنه يصعب عليه جداً تذكر الأحداث الجارية. لذلك يطلق على اضطرابات الذاكرة هذه تعبير أعراض كورساكوف[1]؛ Korsakoff's Syndromes، نسبة إلى مكتشفها.

بالإضافة إلى الاستذكار الكاذب، يوجد ثمة ما يسمى في الطب النفسي بتزييف الأفكار[2] Confabulation، وهو عبارة عن تأليف للذكريات، وحشو لما هناك من ثغرات يملؤها المريض باختلاقات يحشو بها فجوات في ذاكرته، سببها النسيان الذي عفّى على الحقائق. والأحداث التي يتكلم عنها المريض عادة هي أحداث لم تحصل له قط، ولم يكن قد مرّ بها، ولكنه مع ذلك يؤكد جازماً أنه بلاها في حياته وخبرها. وهي ادعاءات لا حظ لها من الحقيقة. وأن كلاً من الذكريات الكاذبة وتزييفات الذاكرة تؤلف مجموعة مشتركة لأعراض قد يتسبب فيها تلف عضوي جزئي يصيب المخ. وفي حالة الأمراض التي تتصف باضطرابات وظيفية، وفي

---

(1) أعراض كورساكوف، أو ذهان كورساكوف، أو النسيانية المتزامنة، كلها تعني مجموعة الأمراض العقلية التي تظهر على المصابين بالتهاب الأعصاب المتزامن (الكحولي أو غيره)، بسبب إصابات المخ أو ورم فيه فتحصل ثغرات في الذاكرة. (المترجم).

(2) تزييف الأفكار وتحريف الذكريات هو اضطراب ينتاب التفكير، حيث يعمل المريض إلى ملء ما هناك في ذاكرته من فجوات تسبب فيها النسيان، وهذه سمة أكثر عند المرضى الذين يعانون من الخرف المبكر أو المتأخر. (المترجم).

حالات مرض الفصام (الشيزوفرينيا)، فإن تزييفات الذاكرة، كقاعدة علمية عادة، تظهر ولكن لا تصحبها اضطرابات أخرى من اضطرابات الذاكرة. أي أنها تلاحظ وإنما بدون علامات أخرى تقترن معها.

يصعب أحياناً تحديد الفواصل الدقيقة بين التذكر الكاذب وتزييف الذاكرة، ويتأتى مصدر الصعوبة عندما تتعذر معرفة حقيقة ماضي المريض، وعندها نكون على جهل بسابق حياته، وهذه الصعوبات من شأنها أن تحول دون تقييم ذكرياته تقييماً يتسم بالدقة. ولهذا فإن بعض المختصين يعاملون زائف ادعاءاته على أنها جزء من ظواهر مرضه.

ثمة ضرب آخر من ضروب خداعات الذاكرة، ذلك هو النساوة الادعائية Cryptomnesia، أي نسيان يحمل صاحبه على أن ينتحل أفكار غيره فينسبها إلى نفسه فهو نوع من النسيان الانتحالي، ولكن فرقه عن الانتحال المتعمد، هو أن الأول يأتي بشكل غير مقصود تمليه أسباب مرضية. وإن حالات من هذه الإنتحالات اللاإرادية الناجمة عن مثل هذه الهفوات في الذاكرة، كثيراً ما يتردد وصفها في أدبيات علم النفس وفي الأدب بصفة عامة. لذلك فهي لا تقرن، بطبيعة الحال، بالانتحال المتعمد.

إضطرابات التفكير

يعد التفكير أرقى أنواع النشاط العقلي عند الإنسان. تلك هي الحقيقة التي لا يتمارى فيها إثنان، بينما نجد الإحساس والإدراك الحسي، يمثلان المراحل الأولية من مراحل عملية التفكير المعرفي: Cognitive Process Thinking، والتفكير المعرفي هذا ينطوي على نشاط فعال من أنشطة الادراكات الحسية والصور العقلية، أما التفكير فهو يمثل المرحلة النهائية العليا. يتجلى التفكير متمثلاً كأوضح ما يكون عند التحدث وأثناء الكلام، وبأنثيال الكلام تتوالى الصور العقلية في عقل الإنسان، وبواسطة الكلام

أيضاً تتكون المفاهيم. والعمليات الفكرية تتألف أساساً من تكوين المفاهيم Concepts، ومن ترسيخ الروابط المنطقية فيما بينها وبين الإحساسات والصور العقلية، وكل ذلك يتأتى من استخلاص الأفكار من واقع حقائق الخبرات والتجارب التي يمر بها المرء. التفكير يمكّن الإنسان من فهم قوانين الطبيعة كما تتجلى لبصره وبصيرته، ويمكّنه من وعي واقع المجتمع، وبالتالي يتيح للإنسان كيفية الإفادة من فهمه هذا لقوانين كل من الطبيعة والمجتمع. لحواس الإنسان العضوية قابلية محدودة لا شكَّ. فالإنسان لا يستطيع أن يرى أو أن يسمع كل ما يحيط به. فهناك، ما هو بمنأى عن باصرته وسامعته وعنه بعيد. فالشمس، مثلاً، تبدو لنا أنها تدور حول الأرض، في حين أن الأرض هي التي تدور حول الشمس في واقع الأمر. فمنذا الذي مكّن الإنسان من هذا الجسم العلمي؟ إنه تفكيره وعقله. إن قوة التفكير عند الإنسان قد مكّنت الإنسان من اقتحام الفضاء، ومن النفاذ عميقاً إلى أعماق المادة، وأن يفهم ويستوعب ظواهر هي ما وراء حدود إدراكه الحسي المباشر.

والتفكير لا يمكن بحال من الأحوال أن يفهم تماماً بمعزل عن تاريخ المجتمع البشري. وتجلّى ذلك جلياً عندما واجه الإنسان سد حاجاته ومتطلباته إلى الطعام والكساء حينما وجد نفسه على سطح كوكب الأرض. فتفكيره هو الذي هداه إلى إيجاد ما يواجه به قسوة المناخ ومفاجآت الطقس.

الوساوس

الوساوس هي أفكار تسلطية تستحوذ[1] على الشخص فلا يستطيع الفكاك منها ولا تخليص ذاته من سيطرتها ولو جدّ في ذلك الجدّ كله،

(1) الاستحواذ: فكرة أو مجموعة من الأفكار تتسلط على الشخص المريض قسراً عن إرادته، رغم إدراكه أن تسلط الأفكار هذه عليه غير سوي. (المترجم).

لذلك فهي تسمى أحياناً الاستحواذات لاستحواذها على الشخص المريض فتقلق شعوره وتفسد عليه حياته! فالشخص السوي حينما تطرق ذهنه فكرة أن صنبور قنينة الغاز قد لا يكون مقفلاً، مثلاً، فإنه بمجرد التأكد من ذلك والتحقق من أنه مقفل تزايله الفكرة فلا يبقى يوسوس/ وبعكس ما تكون عليه الشكوك لدى السوي وتزول بزوال فحص الفكرة، فإن الشكوك هذه بالنسبة للشخص الاستحواذي تبقى آخذة بخناقه فتنغصّ عليه حياته.

تتفاوت الوساوس في محتواها، فهي قد تكون مقترنة بذكريات تافهة، أو لعلها تكون مرتبطة بأعمال قهرية Compulsive، وغالباً ما تقترن بمخاوف تسلطية، خالية من المعنى تماماً، بل لعلها تكون مثيرة للضحك. يمكن أن نذكر في هذا السياق حالة امرأة مريضة، مثلاً، كانت قد تعرضت لصدمة عقلية فبقيت تعاني من وسواس الخوف من العدوى من أي شيء: أي لبثت تكابد من وسواس العدوى التي تخشى أن تداهمها في أية لحظة. لذلك طفقت تتحاشى ملامسة أي شيء خشية العدوى وخوفاً منها.

ومن أجل التخلص من العدوى غير المبررة تلك، كانت تعمد إلى عدة طقوس في حياتها اليومية، من ذلك مثلاً، تستبعد حواف الخبز، وتغلي طعامها عدة مرات قبل تناوله، وتغسل يديها بتكرار رتيب ممل، وتغسل أواني الطعام على نحو يتجاوز المألوف... إلخ. ولدى مراجعتها الطبيب النفساني بادرت بالقول أن أعمالها تلك كانت لا تستند إلى شيء من الواقع، وأنها كما قالت، كانت تعي أن عملها ذاك هو عمل سخيف، ولكنها، كما ذكرت، كانت لا تستطيع التخلص من مخالب ذلك الوسواس المتسلط عليها. فما كانت تتمكن من أفكارها التسلطية الاستحواذية.

بيد أنه من الخطأ الظن بأن مرضى الوسواس لا سيطرة لهم على قهر بعض وساوسهم. ففي مقدورهم أحياناً قهر سلطان أفكارهم التسلطية تلك، وذلك بشحذ قوة الإرادة لديهم Will Power، لكن قوة الإرادة هذه تضعف

أحياناً عندهم فلا تعمل إلا بشكل متكاسل، ولذلك فإن سطوة وساوسهم ما تفتأ أن تعاودهم فتهجم عليهم تارة أخرى. والأفكار الاستحواذية هذه غالباً ما تبدو ظاهرة للعيان في حالات:

1 ـ العُصابات الوسواسية Obsessional Neuroses.

2 ـ الإنهاك أو الوهن العصبي Psychosthenia.

3 ـ وفي بعض أشكال الفُصام Schizophrenia.

الأفكار المشحونة

عندما يكون عقل الإنسان خاضعاً لأفكار مستحوذة عليه بقوة ومشحوناً بانفصالات جياشة عارمة، فإننا نتحدث عنه فنقول بأنه يعاني من أفكار مشحونة، وهذه الأفكار قد لا تكون سخيفة تماماً، لكن المريض يغالي في أهميتها، وينسب إليها من الضخامة ما يخالف الواقع، ولهذا فهو حينما تجرح مشاعره بعض الشيء، فإنه يبالغ في مقدار الإساءة إلى حد أنها تستحوذ على عقله وتشغل حيزاً كبيراً من فكره، فلا يعود يستطيع التفكير بأي شيء آخر، ويذهب إلى أن كل ما يقوله أو يفعله الآخرون إنما هو حقد منهم موجه ضده، فيترتب على هذا أن يوجه كل سلوكه إلى هدف واحد: ذلك هو الانتقام.

الأوهام

الأوهام أفكار زائفة، واعتقادات خاطئة، وآراء فاعلة، وكلها تكون ناشئة عن تشويه، فهي، إذن، أوهام لا تتفق بحال من الأحوال مع واقع الأشياء، ولذا لا يمكن تبديد غباشاتها بأي تأثير بغية التصحيح لتستقيم في منطقها. إنها أوهام ما من أساس لها يدعمها.

وقد تواردت عدة اقتراحات من أجل تصنيفها وتبويبها فبعض المختصين يصنفونها إلى:

1 ـ أوهام أولية Primary Delusions.

2 ـ أوهام ثانوية Secondary Delusions.

إن التقسيم الآنف لم يلق قبولاً مسلَّماً به. وأساس الرفض لذلك التقسيم يعزى إلى أنه تقسيم مصطنع فلا يمكن تطبيقه على أرض الواقع من حيث التطبيق الفعلي ولاحظ له من الإقناع.

إن أكثر التصنيفات تقبلاً لحقيقة الأوهام، هو تقسيمها تبعاً إلى محتواها الرئيسي. وعلى هذا الأساس فثمة أمران تم تمييزهما، هما:

1 ـ أوهام حسية Sensony Delusions.

2 ـ أوهام تفسيرية Delusions of Interpretation.

يتصف النوع الأول بكونه ملموساً ومحسوساً. فهي أوهام تستمد مادتها من الحواس ومن الانطباعات.

والنوع الثاني من الأوهام تستند على الأفكار المجردة Abstract، وهي أوهام تقوم على أساس من الأوهام والخيال والتأمل، ولا سند حسي لها.

أكثر أنواع الأوهام تكراراً هي أوهام الاضطهاد Persecution، ومن بين أوهام الإحساس الاضطهادي، هي الأوهام المرجعية أو الإسنادية Reference، وفي هذه الحالة يعتقد المريض أن كل ما يحدث في بيئته ينضح منه شيء يتعلق به على نحو معين. وكل ما يحيط به يتعلق به بشكل مباشر. لذلك فهو يعتقد، متوهماً، أن كل من حوله، الأصدقاء منهم والغرباء على حد سواء، يغمزونه، ويتآمرون ضده، ويتهامسون عليه، وكلهم بلا استثناء يراقبونه. فيترتب على ذلك أن علاقاته بالناس من حوله تتدنى تدريجياً فتسوء. ونتيجة لذلك فقد يسأل المريض شخصاً تلتقي عيناهما مصادفة: (لماذا أنت تنظر إليّ هكذا؟) أو قد يسأل آخر: (لماذا

أنت تحمل حقيبتك بيدك اليمنى بدلاً من حملها باليسرى، كلما قابلتني أو رأيتني؟) أو لعله يحدّث نفسه بالقول: (عندما أستقل الترام، لماذا أرى بعض الناس يتضاحكون، وأرى بعضهم يبدأون بالكلام، وأرى آخرين منهم يغادرون الترام في الموقف التالي).

وفي كثير من الأحيان يواجه الطبيب النفساني ضروباً من الأوهام[1] يشكو منها مرضاه وهي ذات محتوى موضوعي. ورغم ذلك فإن المرضى الذين يشكون من أوهام كهذه لا تجدهم قادرين على تحديد مصدر ما يتذمرون منه من أوهام. لذا يطلق على مثل هذه الأوهام ذات الطابع غير المحدد بأنها أوهام المقياس الضيق المحدود. وقد يذكر المريض أحياناً أشخاصاً معينين، وبنطاق ضيق جداً، فيسمي بعض أقاربه، أو بعض معارفه، أو يتهم زملاءه في العمل بأنهم يضمرون له الشر، وأنهم ينوون إيذاءه، وأنهم يتآمرون على تسميمه، أو أنهم يريدون قتله... إلخ.

وليس بأقل من تلك الأوهام المذكورة آنفاً، هناك مجموعة أخرى هي أوهام الشعور الذاتي بالنقص Self-inferiority. فأوهام الشعور الذاتي بالنقص لا تقل أهمية عن سائر ضروب الأوهام التي سبق ذكرها. وأبرز مظاهرها هو إحساس المريض واعتقاده بأن هناك نواحي نقص في جوانب من شخصيته. وفي هذه الحالة، إذا هو أحس بأنه تنقصه خصائص أخلاقية، وإن كفاءته متدنية، فيقال عنه عندئذٍ أنه يعاني من أوهام الذنب Delusions of Guilt.

وإحساس المريض بالنقص يتألف في الغالب من التقليل من وضعه المادي، وازدراء كيانه العام. فو يعاني مما يسمى بأوهام الحرمان Delusion of Deprivation؛ إذ يعتقد المريض أن كل ما كان ادخره عبر

---

(1) الأوهام: إعتقادات خاطئة تتعارض مع المنطق والواقع. (المترجم).

سنين طوال قد تبدّد وتبعثر في طرفة عين، وأنه خسر كل شيء، وأنه معرض إلى الموت جوعاً جراء الفاقة. وإنّ أوهاماً من هذا النوع إنما تمثل خصائص أمراض الذهانات الخرافية: أمراض ذهان الخرف Senile Psychoses، وأنها تدل على أنواع معينة ومحددة تماماً من أنواع الشلل المتنامي.

وفي المآل فإن تحقير الذات Self-Depreciation واتهامها بالعجز والقصور والنقص قد يعزى إلى الحالة الجسمية التي يكون عليها المريض الذي ينظر إلى نفسه بهذا المنظار. فقد وجد أن المريض الذي يتخذ من ذاته موقفاً كهذا، ويظن أنه يعاني من مرض جسمي عضال، فإنه يكون معرضاً لإنهيار جسمي لا محالة، وأنه بايحائه الذاتي هذا، يكون على حافة الهلاك. فهو يعتقد بأنه مؤوف[1] بمرض السفلس، أو أنه مصاب بالتدرن الرئوي، أو أنه موبوء بالسرطان. فهذه كلها أوهام يطلق عليها في الطب النفسي: أوهام الأمراض السوداوية Hypochondriac Delusions. وتبلغ بعض حالاتها المتطرفة أقصى درجات السخف، حيث يظن المريض بل يعتقد أن أحد أعضائه قد فقد، أو يحسب أن بعض أجزاء من جسمه لم تعد تعمل وأنها عاطلة عن أداء وظيفتها. ومثل هذه الأوهام السوداوية كثيراً ما تكون موجودة في حالات تعرض المخ إلى أمراض عضوية مستعصية، وفي حالات الإصابة بمرض الفصام. كان هناك مريض مصاب بذهان الخرف، فكان يدعي أنه عديم الفم، وأنه متأكد من أن فمه مفقود، وأن ليس لديه معدة، وأن امعاءه ليست موجودة. يطلق على أعراض كهذه أعراض كوتارد Cotard's Syndromes.

وأوهام تحقير الذات هذه، أو أوهام الإنتقاص من الذات، كما تسمى

(1) آف، يؤوف، فهو مؤوف: أي مصاب بآفة. (المترجم).

أيضاً، تكتسب أحياناً سمات جد ضارة بصاحبها فتفسد عليه علاقاته بوسطه الذي يعيش فيه. فهو يدّعي مثلاً أن كل الناس يعرفون بوضعه الذي فيه، ومصدر معرفتهم عنه هي الصحافة والراديو، وأنه في هذه لا يلوم إلاّ نفسه نظراً لما اقترفه من آثام، وأنه يستحق التحقير، كما يقول لك، لسوء خلقه وخبث سجيته.

ونقيض الأوهام المرضية هذه، هناك أوهام أخرى لكن توجه المرض فيها ومنحاه مختلف تماماً. ففي هذا الصنف من الأوهام تكون ثمة مبالغة في الأهمية تنسب إلى الذات: وهذه هي أوهام العظمة Delusions of Grandeur، وهي أوهام تحمل صاحبها على أن ينسب إلى نفسه ثقة لا أساس لها يظنها في طاقاته العقلية، أو يعزو إلى شخصيته مكانة اجتماعية مرموقة، غير أن كل إدّعاءاته هذه زائفة ولا حظ لها من الواقع يسندها. فترى المريض بهذه الأوهام يحدثك بأن في وسعه أن يكتب قطعة أدبية غاية في الروعة والإبداع، أو قد يقول لك أن له قابلية عقلية في التمثيل تجعله أبرع الممثلين، ولعله يذكر أن بوسعه أن يتسنّم أرفع المراكز الاجتماعية التي تؤثر في مجرى حياة الناس والعالم كافة.

ومن ضروب المغالاة في مكانة الشخصية أن تأخذ بصاحبها إلى إدعاء الثراء العريض، لذلك فهي تسمى في هذه الحالة أوهام الثراء Delusions of Wealth. فيدّعي المريض، زيفاً، أنه يملك رصيداً في المصارف ضخماً، وأنه يتقاضى مرتباً شهرياً عالياً، وقد يوهمك أن ممتلكاته من المجوهرات تضارع كنوز قارون[1].

ثمة شكل آخر من أشكال هذه الأوهام يتمثل في إدعاء أفكار زائفة بشأن هرقلية الجسم، وبالغ قوته، وفائض فتوته. ومثلنا على ذلك هو أن

(1) هذه الترجمة تقابل ما ذكره المؤلفان وكانا يعنيان كنوزاً لا عدّ لها. (المترجم).

شخصاً مقعداً قد تجاوز الستين من العمر، يعاني من الشلل المتنامي، ادعى أنه باستطاعته أن يحطّم الرقم العالمي في القفز العالي، وفي الجري، وفي السباحة، وأنه لم يكتف بذلك، بل زعم أن بمقدوره أن يقطع أي بحر سباحة.

هناك ضروب أخرى من الأوهام الكثيرة التي يتفتق عنها خيال بعض المرضى، منها مثلاً خيالات وهمية تتعلق بالاختراعات، وبفائض الطاقة الجسدية اللامتناهية، وهناك أوهام الغيرة التي يمكن أن تفسد على متوهمها حياته وتدمر كيان أسرته.

للأوهام سلسلة لا تكاد تنتهي حلقاتها. من ذلك مثلاً أوهام الإضطهاد Paranoid Delusions. في هذه الأوهام يعتقد المريض أنه مستهدف نظراً لنباهته، أو لأنه لا يشق له غبار في مضامير الحياة. فهناك حالة مريض مختص بالعلوم ادعى أنه حقق كشفاً علمياً. ولما اخضع ادعاؤه العلمي لمجهر العلم وجد أنه ادعاء باطل. لكنه بقي مصراً على رأيه ولبث يتنقل من جمعية علمية إلى أخرى دون جدوى. ومع هذا استمر مدعياً أنه محارب من الجميع لأن اكتشافه لا نظير له.

والفرق بين البارانُويا المعروفة، والأوهام الاضطهادية، هو أن النوع الأخير هذا يكون إلى حد ما أكثر انتظاماً، وهو كثيراً ما يصدر عن افتراضات سخيفة، وفي الغالب يتأصل في جذوره إلى ادعاءات من السخف والزيف.

في الممارسات العيادية (الاكلينيكية) على الطبيب أن يقرر ما إذا كانت أفكار المريض تمثل واحداً من الأنواع التالية:

1 ـ هل هي أفكار توهمية؟

2 ـ هل هي أفكار وسواسية تسلطية؟

3 ـ هل هي أفكار كمية إفراطية تتداعى دونما سند يدعمها؟

وقرار الطبيب في هذا الصدد يجب أن يرتكز على المحطات التالية:

1 ـ المريض بالوساوس الاستحواذية يتخذ عادة موقفاً ناقداً متشدداً مما يضايقه، بينما إذا كان يعاني من النوعين الآخرين (1، 3)، فإنه لا يبالي ولا يهتم، وأنه يرغب في الشفاء والتخلص مما هو فيه.

2 ـ المريض بالأوهام لا يبدي أية رغبة في التخلص من أوهامه، وكأنه يريد أن يبقى حبيس سطوتها وسلطانها عليه، رغم كثرة شكواه مما يلاحقه من بلواه.

الإضطرابات الإنفعالية

عملية النشاط التأملي لدى الإنسان، سواء كان النشاط هذا ممثلاً بالإدراك الحسي أو بالتأمل الفكري، أم معبراً عنه بالأعمال العملية المنظورة، كل ذلك يكون دائماً مصحوباً بحالة وجدانية، أو بانفعال Emotion. فالانفعالات هي مظاهر تعبيرية تمثل حقيقة علاقتنا بالعالم الخارجي المحيط بنا والكائن خارج ذواتنا: أنها تعكس العلاقة بين العالم الخارجي هذا وبين أنفسنا.

هناك نمطان من الإنفعالات يمكن التمييز بينهما هما:

1 ـ إنفعالات إيجابية، وتمثل أحاسيسنا بأن ما يحيط بنا من مكونات بيئية هي مكونات تسرنا فننشرح لها ونطيب نفساً بوجودها.

2 ـ انفعالات سلبية وهي تعكس خبراتنا عن أن هناك ما لا يصادف من نفوسنا هوى ولا رضا، فهي انفعالات ذات طبيعة إمتعاضية.

إن الحياة الإنسانية الإنفعالية غنية بالمشاعر الوجدانية. فالانفعالات الإيجابية التي تثيرها تحفة فنية، مثلاً، تجعلنا نتلذذ بمرآها، ومن ثم نتحرى ما وراءها من دوافع ومن قدرات إبداعية وما تنطوي عليه من

لمسات جمالية. أما الإنفعالات السلبية فإنها متقلبة وأنها دائمة التقلب والتغير، ومنها ما قد يظهر على سلوكنا اليومي فيبدو واضحاً، ومنها ما لا يمكن ملاحظته بسرعة.

والإنفعالات يمكن أن تكون قوية وعنيفة، ومنها ما يمكن أن يكون خفيفاً فيكون تحت سيطرة الشخص المنفعل إلى حد ما إذا هو أراد.

وكل نشاط الإنسان يتم ضمن سياق الإنفعالات المستقرة الرخاء. ولكن إذا ما استثيرت انفعالات الإنسان فإنها تؤثر على عمله وعلى سلوكه وعلى علاقاته بالآخرين.

اكتشف علماء التشريح إسم في الدماغ مناطق خاصة بالانفعالات، منها منطقة أسموها (منطقة المكافأة) Centres of Rewarding، وهذه المراكز إذا تم تنبيهها فإنها تدفع الفرد إلى عمل بناء ونشاط منطقي. وهناك منطقة أطلق عليها المختصون بالتشريح مركز (مراكز العقاب) Centres of Punishment، لأنهم تبينوا أن تنبيه هذه المراكز يؤدي إلى الخوف، وإلى محاولة تجنب الهدف.

الإنشراح الإنفعالي والإكتئاب

اضطرابات الواقع الإنفعالي تعبّر عن نفسها من خلال هيمنة ضرب معين من ضروب هذه الإنفعالات على سائر حياة الفرد فترة من الوقت قد تمتد وقد تقصر. والأعراض الغالبة في هذا النوع من الاضطراب يتمثل في نوعين هما:

1 ـ الإنشراح الإنفعالي، Euphoria؛

2 ـ الإكتئاب Depression.

يمثل الإنشراح حالة من الإنطلاق المزاجي لا يأتلف من حيث حقيقته مع ما يكون عليه المريض، ولا يتفق وظروفه الصحية. ففي حالة إصابة

المريض بأمراض خطيرة كالتدرن الرئوي وأمراض القلب، مثلاً، تجد هناك تناقضاً وتبايناً بين حالته الصحية وحقيقة مزاجه.

فالمريض في هذه الحالات تراه لا يبالي وكأنه يعزي نفسه ويسليها لأنه سيودع هذه الدنيا فيغلب عليه الإنشراح، بيد أنه انشراح من النوع المرضي. فيلاحظ عليه الإنطلاق، واللامبالاة، والتحليق المزاجي، وعقله حافل بالخطط والمشاريع التفاؤلية، يلاحظ عليه ذلك كله وهو يعد الأيام الباقية من وجوده في هذه الحياة.

وعلى النقيض من الإنشراح المنطلق، يأتي الاكتئاب، وهو التدني المرضي إلى أدنى حد للمزاج، وهو التدني والإنخفاض الذي لا يتفق أبداً مع واقع الحال المحيطة بالشخص المكتئب، والشكل التالي يوضح حالة اكتئابية:



مريضة في حالة اكتئاب.

فالشخص الإكتئابي يلاحظ عليه أنه في حالة يأس، فيبدو وكأنه قانط، فهو حالة سلبية مع مكونات محيطه الطبيعي والاجتماعي، لكنه رغم ذلك غارق في إنفعالات تغمره ولا تدري كيف هجمت عليه، ولا من أي مصدر أتت فأغرقته في لجّتها. فتطغى على المريض مظاهر الإنزعاج الدائم، ومخاوف لا أساس لها، وتغيظه من غير سبب، أو تجده يتشكّى من وخزات الضمير الحادة، كل ذلك يبلغ حداً عالياً يصل درجة التطرف، فتنعكس آثارها جلية على أنماط تفكير المريض وسلوكه. ولهذا فإن الإكتئاب هو النافذة التي تنفذ منها على حياة المريض كلها، كل من الأمراض الملنخولية[1]، وهذه الأمراض تفضي إلى الذهان الدوري Circular Psychosis، والذهانات الإنتكاسية Involutional Psychosis، وغيرهما من الأمراض الأخرى المعينة.

ومن آفات الإضطراب الإنفعالي، هناك أمراض نفسية حادة تؤدي إلى تفكك الوضع الإنفعالي، ومن ذلك مثلاً التبلد الإنفعالي Emotional Hebetude. ويجدر التنويه هنا بأن أدق الملاحظات المدربة تخفق في الغالب في استبانة رد الفعل الحسي لدى المرضى المصابين بهذا النوع من الآفات الخاصة بواقع الانفعالات. فهم مرضى لا يظهرون أي إكتراث إلى ما هم فيه من مواقف، ولا يبالون بما سيكون عليه قدرهم، ولا يمكن للمرء أن يلحظ عليهم أية علائم من سرور، أو مرح، أو استياء، أو أسف. فترى ملامح الواحد منهم جامدة وكأنها ملامح تمثال. وإن أعراضاً كهذه يغلب أن تلاحظ على مرضى الفصام. فلا يرى المرء منهم أي تفاعل مع وسطهم الذي فيه يعيشون ويتحركون. وهذا النوع من التجمد الإنفعالي

(1) الأمراض الملنخولية أو السوداوية: إضطرابات تصيب الفرد تتسم بالحزن والخوف من المسقبل، وتوسوس للفرد بالانتحار، وتجعله يتوهم الذنوب والخطايا، لذلك تراه حزيناً، باكياً، شاكياً. (المترجم).

والعاطفي والوجداني، وهو جمود قد اكتسب خصائص التعود، يعبر عنه بالنبذ النفسي لجمال البيئة والكون Psychic Anaesthesia.

فهذا النبذ النفسي أو العزوف عما يجمّل الأشياء تلحظ علائمه بارزة لدى المرضى المصابين بالذهانات الوجدانية، وبخاصة في حالات الذهان الإكتئابي - الهوسي Manic-Depressive Psychosis، وفي حالات الإكتئاب الإنتكاسي Involutional Depression، وفي الفصام الدوري Circular Schizophrenia.

تترتب على ما مرّ، عدة مظاهر تبدو للعيان واضحة في تفكك الشخصية، من ذلك مثلاً:

1 - اضطرابات في الأفعال الإرادية والحركية: إذ لا تعود حركات الإنسان المريض نفسياً طوع إرادته ولا هي تحت سيطرته.

2 - يغلب على المريض الذهول والشرود العقلي، ومن ذلك مثلاً:

(أ) الذهول التخشبي Catatonic Stupor.

(ب) الذهول الإكتئابي Depressive Stupor.

(ج) الذهول التلبدي Apathetic Stupor.

(د) الذهول الرحامي (الهستيري) Hysterical Stupor.

3 - التشتت الإنتباهي Attentional Distortion.

الفصل الثالث

الأعراض الرئيسية للأمراض النفسية

- البارانويا
- الزملة البارانوية
- البارافرينيا
- التخشب
- التناذرات الهيبفرينية
- الاكتئاب
- زملة توهم المرض
- أعراض التدهور النفسي
- زملة الخبل
- زملة البلادة
- النقص العقلي
- حالات التوهان

الفصل الثالث

الأعراض الرئيسية للأمراض النفسية

أعراض الأمراض العقلية لا تحدث فرادى، ولا تتأتى منفصلة بعضها عن بعض، بل هي تحصل على شكل مجاميع عرضية Symptom-Complexes، أو تأخذ صورة زملات متلازمة Syndromes، وتخضع في سيرورتها إلى سلسلة من التغيرات المحددة الخاصة في المجرى المرضي. ويلزم التنويه في هذا السياق إلى أنه ما من أساس موحد متفق عليه حتى الآن يتعلق بتنظيم وتنسيق وتصنيف الزملات والأعراض المرضية النفسية. فهناك من يصنفها حسب ما هو بارز من أعراض تتراءى للطبيب النفسي، وهناك من يرجع تصنيفها إلى مجاميع على وفق العرض الأصلي الظاهر منها مثل: الأعراض الهوسية Manic، أو الأعراض الإكتئابية Depressive، أو الأعراض الاضطهادية Paranoid، ... إلخ. وجرت محاولات أخرى لتصنيفها أيضاً حسب خصائص المنحى الذي يتخذه المرض، وذلك في ضوء تمايزها فيقال عنها بأنها:

1 ـ زملات أو تناذرات دورية Circular.

2 ـ زملات أو تناذرات متبقية أو بواقي Residual.

3 ـ زملات أو تناذرات امتدادية Protracted.

4 ـ زملات أو تناذرات أولية Initial.

5 ـ زملات أو تناذرات عصابية Neurotic.

بعض المختصين يقسمونها إلى:

1 ـ أعراض أو تناذرات عامة.

2 ـ أعراض أو تناذرات خاصة.

3 ـ أعراض أو تناذرات رئيسية.

4 ـ أعراض أو تناذرات خاصة محددة.

بيد أنهم اعتبروا (3، 4) جزءاً لا يتجزأ من القسمين الأول والثاني.

وتحت القسم العام ذكروا أعراض أو تناذرات Syndromes منها مثلاً:

1 ـ الوهن أو الإنهاك العصبي Asthenia.

2 ـ السيكوباتية Psychopathy.

3 ـ الخبل[1] أو العته Dementia.

وتحت الأنواع الخاصة، ذكر المختصون:

1 ـ الأتمتة أو الآلية النفسية Psychic Automatism.

2 ـ الشرود Oneiroid.

3 ـ الحالات شبه الصرعية[2] Epileptiform.

للتصنيفات الآنفة أسسها الراسخة التي تستند إليها. فالمختصون الذين قاموا بتقسيمها على النحو المذكور ارتكزوا فيما ذهبوا إليه إلى ما كان يمرّ بهم من خبرات إكلينيكية وملاحظات عيانية. ولكن من الصعوبة بمكان أن يحدد المختص حداً فاصلاً بدقة متناهية بين مرض نفسي ومرض نفسي آخر، أو أن يقيم فواصل واضحة بين زملة وزملة، أو بين عرض وعرض.

---

(1) الخبل أو العته: جنون انحلالي يتسم بانحلال وتفكك القوى الفكرية، وبتحلل التماسكات الانفعالية، لتلف يصيب بعض خلايا المخ، يترتب عليه انحلال الذكاء، واضمحلال القدرة على التركيز والتعلم المنتظم، فلا يعود بمقدور المريض التمييز بين الزمان والمكان والعجز عن الكلام، واستخدام ألفاظ غير مناسبة أثناء الكلام . . . إلخ. (المترجم).

(2) شبه الصرعي: حالة صرع تنشأ عن وجود ورم في المخ. (المترجم).

ولهذا ففيما يلي من صفحات سنعرض أبرز ما هناك من أعراض وتناذرات. وأن كل تناذر، ليكن معلوماً، يتكون من ثلاثة مصاحبات متلازمات هي:

1 ـ أعراض تنم عن عجز في الجهاز الفسيولوجي للمخ من الناحية التشريحية.

2 ـ أعراض تعبر عن تفكك وتخلخل في النظام المخي.

3 ـ أعراض تدل على أن الشخصية مفككة نتيجة لمرض أصاب المريض في نظامه الفسيولوجي أو في نظامه النفسي، أو في كليهما.

وأغلب الأعراض المرضية النفسية التي تتم مواجهتها في العيادات النفسية وفي الحالات السلوكية العامة هي:

البارانويا

مصطلح البارانويا مشتق من الكلمة الإغريقية، ومعناها الجنون Insanity، وكانت البارانويا في الماضي تعني الهذيان المزمن. بيد أن هذا المصطلح، قد اتسع معناه فيما بعد ليشمل ما ينتاب المريض من أوهام تلاحقه، ولعل توهماً مفرداً بعينه يلازم المريض فيكثر من الشكوى منه، ويكون مصدر شقائه وبلواه.

ففي هذا العرض يسقط المريض مشكلاته على غيره من الناس، ويرى نفسه ضحية لتآمرهم عليه. يقابل ذلك أن المريض يرّى نفسه تارة أخرى في حالة من المرح والانشراح، والإحساس بالرضا عن الذات، وبالاعتقاد بالتفوق، والشعور المفرط بالنشاط، ولكنه مع ذلك يدرك أنه تحت كابوس من التوهمات. ومما ينبغي ملاحظته هو أن التناذر أو الزملة، هي، إلى حد ما، حالة هوس مزمن Chronic Manic State، لكنها حالة تتصف بتفكير آني ظرفي طارىء، وتتسم بجمود في الحركة والنشاط الفكري والحركي، وتكون مصحوبة بأوهام، وهذا ما يميزها عن الهوس الحقيقي. كما يتصف

العرض البارانوي عن سواه، في أنه لا يتضمن هلوسات، ولا غير ذلك من الإحساسات الزائفة. ولهذا السبب بالذات عدّها بعض المختصين من قبل، نوعاً من التوهم المزمن الملازم للمريض المصاب به. وبمرور الوقت تتحول الحالة البارانوية هذه إلى بارانويا إضطهادية فيروح المريض يعزو ما لديه من اختراعات وهمية وما أصابها من إخفاق إلى مضطهديه وكارهي الخير الذي ينتظره.

الزملة البارانوية

المصطلح (بارانوي) مأخوذ من مصطلح آخر هو (بارانويا)، ومصطلح بارانوي يدل على أنه أقل حدة، وأوهامه المصاحبة له أقل انتظاماً، وأكثر ما يكون مبنياً على براهين وأدلة سخيفة يشوبها التناقض، ويقترن في معظم الأحيان بادراكات حسية خداعة، وذلك كقاعدة مطردة. وأن بنية الزملة البارانوية تنطوي في الغالب على:

1 ـ أوهام من ضروب شتى منها مثلاً:

(أ) اضطهاد الأذى.

(ب) أوهام مرجعية[1].

(ج) أوهام المؤثرات القسرية الخارجية.

(د) أوهام شبقية، . . . إلخ.

2 ـ أوهام إهتلاسية، وغالباً تشوبها الهلوسات الكاذبة[2].

والمتغيرات البارانوية المتمثلة في التناذرات هذه تتجمع في أصناف منها مثلاً:

1 ـ التناذر الخالص Pure وقوامه في الأساس أوهام منظمة.

---

(1) الأوهام المرجعية أو الإسنادية: سبقت الإشارة إليها في الفصل الثاني. (المترجم).

(2) الهلوسات الكاذبة: مرّ شرحها في الفصل الثاني. (المترجم).

2 ـ تناذر البارانويا الاهتلاسية، وقد مرّ وصفه من قبل.
3 ـ خبل البارانويا الاكتئابية، ويتّخذ أشكالاً شتى منها مثلاً: اكتئاب قلقي أو اكتئاب القلق، أوهام المخاطر والمجازفات، أوهام الأتمتة الذاتية النفسية... إلخ.

البارافرينيا[1]

والأعراض الأساسية لهذا التعقيد المرضي هي:

1 ـ حالة هوسية مصحوبة بأحاسيس من النشوة والانشراح.
2 ـ أوهام مصدرها الفنتازيا التخيلية ذات المحتويات المتعددة في مشاربها.
3 ـ هلوسات، وهلوسات كاذبة.

وهناك من يذهب إلى أن البارافرينيا هي شكل من الأشكال البارانوية المنبثقة من الفصام. ويمثل هذا المرض أيضاً نوعاً من أنواع الأوهام الخيالية ـ الحشوية.

التخشب

ينشأ هذا التناذر من مجموعة متراكمة من العلامات التي بواسطتها يمكن تحديده كعلة نفسية. وهذه المجاميع المتداخلة هي:

1 ـ الذهول Stupor.
2 ـ الخرس[2] Mutism.
3 ـ السلبية أو النبذية Negativism.

التخشب يتأتى أساساً من عدة أسباب منها:

1 ـ الشيزوفرينيا (الفصام)

(1) البارافرينيا: إصطلاح واسع وعام يشمل الهذاء والفصام. (المترجم).
(2) الخرس المستعمل هو الخرس النفسي، وليس الخرس العضوي. (المترجم).

2 ـ الذهانات التسممية

3 ـ التهاب المخ[1]

4 ـ في حالات الأرجاع المختلفة، أو الحالات الردية كما يعبر عنها.

التناذرات الهيبفرينية[2]

تأخذ هذه الزملة أسمها من نوع خاص من أنواع الفصام، وتستمد اسمها أيضاً من بعض صفات ما يسمى ببلاهة الأحداث: أي عندما يكون الحدث ضعيف العقل ويغلب عليه البله، وتسود حياته البلاهة، فإنه يتصرف تصرفاً لا ينتظر من إنسان.

تغلب على المريض هيجانات غير متوقعة، فتراه مثلاً يقفز من فراشه أو من مكانه بشكل لا تسبقه مقدمات، يقفز على نحو مخيف، وتراه لأتفه الأسباب يهجم على من حوله من الناس، يمزق ملابسه، يبصق بشكل مقزز، كما تراه يتلوى وكأن به أذى في جسمه ألمَّ به، وتشاهده وقد قطّب وجهه وبدل ملامحه، وقبّض كفيه... إلخ.

الإكتئاب

يتسم هذا العرض بعدة مظاهر تبدو على المريض منها، مثلاً:

1 ـ حالة من القنوط.

2 ـ تعبّس يعلو محياه.

3 ـ تعاسة ظاهرة.

---

(1) إلتهاب المخ أو الدماغ: ككل مرض فيروسي، أعراضه الصداع والذهول واضطرابات في الحركات المنعكسة للعين. (المترجم).

(2) الهيبفرينيا: نمط من أنماط الفصام يصعب تمييزه عن الفصام التخشبي لاشتراكهما في بعض الأعراض، غير أن الهيبفرينيا تصيب الشخص في سن أبكر، وتصحبه حالات هياج تتفاوت بين البكاء والاكتئاب، وكذلك تصحبه أوهام وهلوسات. (المترجم).

4 ـ قلق حاد.

5 ـ هبوط في المعنويات النفسية.

6 ـ فقد الشخصية.

7 ـ تفكك الشخصية.

8 ـ عدم القدرة على تحديد ما يريده المريض.

9 ـ صعوبة في التفكير.

10 ـ كساد في القوى الحيوية والحركية.

11 ـ هبوط في النشاط الوظيفي.

زملة توهم المرض

وهذا عرض وسواسي يغلب وجوده في عدد من الأمراض العقلية. يلاحظ على المريض أنه يعتقد إعتقاداً راسخاً بأنه مصاب بمرض، ولا سيما جسمي. فيعتقد أن جسمه كله مسكون بالأمراض. لذلك فهو قلق على صحته إلى حد الهوس. وكل أفكاره وجميع مشاعره تتخللها هواجس بشأن صحته، وبشأن حياته. ولهذا يبدو المريض ساهماً واجماً، والسبب لأن فكره مشغول بالأفكار الغامرة، لكنها أفكار ليست بمنتجة.

أعراض التدهور النفسي

هذا النوع من التدهور يطلق عليه أيضاً التدهور المؤدي إلى انحدار في الكفاءة النفسية. وأعراض هذا المرض تدل بوضوح على فقدان الشخصية لبعض خصائصها، وذلك نتيجة للمرض. وتنبغي الإشارة هنا إلى أن الخصائص التي تفقدها الشخصية بسبب المرض لا تُعدّ ولا يمكن حصرها بحال من الأحوال. وأن الخصائص التي تخسرها الشخصية عند المريض، تزداد مع تطور المرض واستفحاله.

ويمكن أن نذكر هنا أبرز المظاهر التي تتخذها عوامل تدهور

الشخصية:

1 ـ فقدان السمات الأساسية التي تتميز بها كل شخصية.

2 ـ هبوط في دوافع المرء للاندماج في المحيط الاجتماعي.

3 ـ صعوبة في التوافق النفسي، وتبلغ هذه الصعوبة، حد الاضطراب.

4 ـ إتلاف يصيب الجانب الفكري، ويدهور الذاكرة، وينتهي الإتلاف هذا بالخبل العقلي.

زملة الخبل

يعد العقل مصدر فكر الإنسان ومستودع نشاطه المعرفي. فالعقل مصدر القوى والقابليات، ولذلك فإن تدهور قواه يفضي إلى عدة نتائج ليس بأقلها الضعف أو التخلّف العقلي Feeblemindedness.

إن مفهوم العقل يتألف من جملة عناصر تصدر عنه، منها مثلاً:

1 ـ الإدراك الحسي والعقلي.

2 ـ الذاكرة.

3 ـ التفكير والكلام.

4 ـ الانتباه.

وهذه العناصر كلها هي عناصر تمثل وظائف معرفية. وفضلاً عن ذلك فإن العقل هو مصدر الخبرة والمنظم لها في مجال الاستخدام السليم.

فالعقل يقوم بعدة وظائف منها مثلاً:

1 ـ الاستقراء.

2 ـ الاستنباط.

3 ـ التحليل.

4 ـ التركيب.

5 ـ تكوين العادات القويمة.

6 ـ اكتساب المعرفة.

والإضطرابات العقلية يمكن أن تصيب الكبار والصغار على حد سواء. فتدهور قوى العقل عند الكبار ينجم عنها الخبل: Dementia، وعند الصغار يمكن أن يترتب عليها الضعف العقلي Oligophrenia.

عدة متغيرات يمكن ملاحظتها في حالة زملة الخبل، من ذلك مثلاً:

1 ـ ضعف عقلي تام يصيب بالعطب كلاً من الانتباه، والكلام، والذاكرة، كما يعطب جميع ملكات Faculties التحليل، والتعميم، والحكم العقلي الناقد. والعطب ينشأ في الغالب عن خلل يصيب لحاء المخ.

زملة البلادة[1]

ينطوي عرض البلادة على اضطراب ينتاب الشعور، فيصاب هذا بالخمول. فيكون شأن عرض البلادة هذا شأن كل من:

1 ـ الهذاء Delirium.

2 ـ النقص العقلي Amentia.

3 ـ حالات التوهان Twilight States.

ولهذا فإن الشعور هو أسهل منطقة يصيبها التأثير، لأنه ـ أي الشعور ـ دائماً يلامس الواقع الموضوعي. ولأن الشعور هو أرقى محطات العقل البشري. ولأن الشعور أوثق اتصالاً بالنفس. وكل ما هنالك من أنماط في التغيرات التي تطرأ في الشعور ترتبط ارتباطاً وطيداً بما قد يحصل. ثمة من إنهيار أو عطب يصيب عمليات المخ. ولهذا فإن تآكل الشعور وتدهوره،

(1) البلادة Torpor: عدم استجابة مؤقتة للمنبهات والمؤثرات ذات القوة العادية الكائنة في بيئة الفرد. (المترجم).

إنما يعكس رد فعل المخ بشكل عام ولما يصيبه من أذى أو تلف. لذلك فإن أحد مظاهر تدهور الشعور الرئيسية هي البلادة.

النقص العقلي

ثمة نمط آخر من أنماط تدهور الشعور، ذلك هو النقص العقلي. وهذا المرض ينشأ نتيجة أسباب عدوى. فهو حالة من أمراض العدوى. انه مرض يتمثل فيه الارتباط، والتشويش، وفيه يفهم المريض ما يعجّ به محيطه، وما تحفل به بيئته من تفصيلات كثيرة، بيد أنه يعجز عن تنظيم تلك التفصيلات في وحدة يسودها الواقع. يضاف إلى ذلك، فقدان أي إحساس بـ (الأنا). فهذه الأنا تصبح فاقدة لمعناها. يغلب على المريض الارتباك، وتظهر عليه ملامح الحيرة، ويلاحظ عليه أنه يرمق ما حوله بنظرات مخيفة، وتراه يحدّق بوجوه الناس بارتياب، وعندما يلمح الأشياء من حوله يتلفظها بصوت مسموع وكأنه يعبر بذلك عن قابلية عاجزة مصدرها عقل قاصر عن التركيب Synthesis. وبعكس زملة الهذاء، فإنّ النقص العقلي في هذه الحالة يمكن أن يستمر لمدة أسابيع، وربما يدوم أشهراً عدة.

حالات التوهان[1]

يتسم هذا المرض بضيق واضح يصيب مجال الشعور. يُقارن الشخص بحالة التوهان بشخص يسير في ممر ضيق لا نهاية له، فلا يرى ما فيه من أشياء إلا ما يصدم بصره مباشرة من غير قصد، ولكنه غائب تماماً عما يحدق به، وما يحيط بشخصه.

ومما يجدر التأكيد عليه هو أن سلوك الإنسان لا يتقيد، بطبيعة الحال، فقط بتأثير المنبهات التي تؤثر عليه في أية لحظة، لكنه يتأثر أيضاً

(1) حالات التوهان: هي حالات أكثر ما تصيب مرضى الهستيريا والصرع، وفيها ينفصلون عن بيئاتهم، وتكون لهم أحلام يقظة من نوع خاص. (المترجم).

بسلسلة لا نهاية لها من صور عقلية وخبرات حياتية، تأدت للمريض من سابق حياته ومن واقع حاضره.

إن وضع الشخص الذي يكون في حالة توهان، هو أشبه بوضع الشخص الذي يسير وهو نائم: الشخص في حالة السرنمة[1]: Somnambulism. فالشخص النائم يأتي أعمالاً غريبة وسخيفة، إذ ينهض فيمشي على غير هدى، يتحسس الجدران بأصابعه ويديه، ويلقي بنفسه على مقعد في البيت، ويخرج أحياناً إلى الشوارع وهو لا يدري بما يقوم به، ولا يعي ماذا يفعل. كذلك هي حالة الشخص المريض المصاب بحالة التوهان. فهو يسير في نومه، ويقوم بأعمال بشكل آلي، لا توقظه ولا تنبهه حتى أعلى الأصوات. وكذلك هي حالة الشخص المريض بالتوهان، فإنه يسير بشكل طبيعي، ولكن انتباهه مشدود إلى أشياء محددة وقليلة وضيقة، فلا يعير أدنى انتباه إلى ما يحيط به. فما من استجابة تصدر عنه، أو تبدر منه، إلى أي شخص يناديه. أنه يسير وكأنه في بيت من زجاج يعزله عما حوله، ولكن دونما انتباه لما يرى، ويراه غيره من الناس، ولكن وجودهم لا تأثير له فيما هو فيه من حالة توهان.

(1) السرنمة أو النوام (بضم النون) أو الجوال (بضم الجيم): معناها السير في النوم. فبعض الأشخاص يمشون وهم نائمون ويقومون أحياناً بأعمال غريبة، كقيادة السيارة، والذهاب إلى أماكن بعيدة. (المترجم).



الفصل الرابع

طرق الفحص وأساليبه

- الشكوى وتأريخ المرض
- الحالة العقلية
- بعض الاختبارات التشخيصية
- ضروب من تقنيات التصنيف

الفصل الرابع

طرق الفحص وأساليبه

الطب النفسي فرع من فروع الطب الإكلنيكي، ولذلك فإن أساليبه في الفحص هي أساليب اكلينيكية. فطرائقه هي الفحص الشامل لتاريخ المرض ولكل مصادر شكواه، وهذا يتضمن كلاً من النواحي الجسمية، والحالات النفسية والعصبية، والتشخيص العيادي، والجوانب الكيميائية والحيوية الخاصة بتكوينه، والتشخيص الفسيولوجي الكهربائي، والتحليل النفسي الشامل، فضلاً عما هناك من أساليب وطرق مختلفة أخرى كثيرة.

الشكوى وتأريخ المرض

يبدأ فحص المريض عندما يذهب إلى الطبيب أول مرة، وعندما تتخطى قدماه عتبة باب عيادته للوهلة الأولى. ومن الأهمية البالغة أن يحصل الطبيب النفسي من المريض على تفصيلات وافية تتعلق بأحاسيسه، وانفعالاته، ... إلخ، وكل خبرة مرّ بها، وكل تجربة تركت أثراً، مهما كان صغيراً، في نفسه. ثمة نقطة جد مهمة، تلك هي أن المريض النفسي، على خلاف مريض الجسم، ليس واعياً، في الغالب، لمشكلته التي تقضّ مضجعه ولا يعرف لها سبباً.

ويجدر بالطبيب النفسي توفير اهتمام كبير للمريض، ولكن دون الإيحاء إليه بأن مشكلته كبرى، وذلك تفادياً لإقلاقه أكثر.

وللظفر بالمعلومات الخاصة بتاريخ المرض Anamnesis، كما يقصه

المريض نفسه، ثمة أساليب وطرائق لا مناص من أن تتبع. من ذلك مثالاً:

1 ـ معلومات تتعلق بمعرفة واسعة عن أقارب المريض وطبيعة بيئته التي تحتويه.

2 ـ معرفة وافية بنشأة المريض وتطوره، بدءاً من الوقت الذي كان فيه جنيناً في رحم أمه وانتهاءً بالوقت الذي بدأ فيه يحس بحالاته التي أخذ يشكو منها.

3 ـ معرفة كافية بما مرّ به المريض من أمراض جسمية وصدمات نفسية.

4 ـ معرفة واسعة تتصل بأيام دراسته في مختلف مراحلها، وهل كانت دراسة سهلة طبيعية، أو أنها كانت متعثرة، ومعرفة سجله المدرسي بكل تفاصيله.

5 ـ ما هو طموحه، وما سلامة إتجاهاته؟

6 ـ التأكد من سلامة المريض من أنه لم يتعرض في حياته إلى أي أذى أصاب منه جمجمته فألحق بها عطباً يذكر.

7 ـ التحقق عن المرض النفسي الذي بدأ عنده أول مرة وكيف سار ذلك المرض في بداياته.

8 ـ يصعب أحياناً أن يصدقك المرضى عما بهم من حالات نفسية وذلك إما تكتماً، وإما أنهم، بسبب الاضطراب الذي يعانون منه، لا يحسنون التعبير عما ألمّ بهم. في هذه الحالة يجب جمع المعلومات المطلوبة عنهم من أقرب الناس لهم، ومن جميع الذين يعرفون عنهم شيئاً كثيراً.

الحالة العقلية

إن وصف الحالة العقلية للمريض يبدأ عادة بمعرفة خصائصه الشعورية. والمعيار الموضوعي للوقوف على مدى الصفاء الشعوري لديه هو درجة توجهه واتجاهه إزاء عدة جوانب منها:

1 ـ نحو شخصيته.

2 ـ نحو محيطه الطبيعي والاجتماعي.

3 ـ نحو تعامله بالوقت وإدراكه لقيمته، ومعرفته بالتواريخ، والزمن.

فالمريض في هذه الحالة توجه إليه عادة عدة أسئلة، من ذلك مثلاً:

1 ـ هل تعرف أين أنت الآن؟

2 ـ ما تاريخ ذلك اليوم الذي هو فيه؟

3 ـ هل يعرف إلى مَنْ يتكلم في تلك اللحظة؟

4 ـ من هم الناس الذين يحيطون به آنذئذٍ؟

وفي هذه الحالة ينبغي تسجيل أقواله حرفياً، وليس ما يترتب عليه، ولا ما يستخلص منها.

الخطوة التالية هي أن تلاحظ بدقة اضطراباته الناجمة عن قدراته المعرفية، ولا سيما اضطراباته الخاصة بالحالات التالية:

1 ـ وصف لخداعاته،

2 ـ وصف لهلوساته،

3 ـ وصف لهلوساته الكاذبة[1].

هناك ما يجدر التحرز بشأنه عند فحص المريض وتشخيص حالته، من ذلك الاهتمام بحالة ذاكرته ما إذا كانت متماسكة، أو أنها تعاني من هلوسات، وتخييلات، ومن تدهورات سواء كانت قبلية أو بعدية، مما يؤدي إلى النسيان المتزايد.

يجدر أن يشمل الفحص أيضاً طبيعة انتباه المريض، للتأكد مما يمكن أن يكون انتباهه قد تعرض للإعياء والتعب الشديد، وعما إذا كان انتباهه مشوباً ببعض الاضطرابات التي تنمّ عن بوادر أمراض نفسية حادة.

---

(1) مرّ من قبل وصف لكل تلك الجوانب. (المترجم).

من الاختبارات النفسية التي يسهل تطبيقها على المريض نفسياً، وهو مستلق على فراشه، طريقة إعادة القصة Re-telling a Story. في هذه الطريقة عند تطبيقها يستطيع الطبيب أن يكتشف ما إذا كان هناك خبل (خرف) Dementia. وما على الطبيب إلاّ أن يقرأ على المريض قصة قصيرة، أو يحكي له حكاية Fable، أو يضرب له مثلاً، أو ربما يطلب إليه أن يقرأ هو المريض نفسه قصة جد قصيرة، ومن ثم يتبين منه:

1 ـ كيف فهمها،

2 ـ مدى استيعابه لفحواها،

3 ـ استجابته لمغزاها،

4 ـ إدراك محتواها،

5 ـ هل التقط الأفكار الرئيسية فيها؟

6 ـ إعادة سردها بشكل منتظم.

ولكي يكون الطبيب على بينة من انتظام الذاكرة وخصائص مكوناتها، فإنه يسأل المريض، بين الفينة والفينة، أسئلة استدراجية، ليقف منها على التفصيلات المفردة في القصة، ومنها يستبين الطبيب أين تكمن الهنات والنقائص المخلخلة في الذاكرة. فهذا الاختبار يمكّن من ذلك بكل تأكيد.

ثمة اختبار آخر يسمى اختبار التصنيف Classification، هو الآخر اختبار له جدواه. وهذا الاختبار يتألف من بطاقات تحمل صور نباتات شتى، وحيوانات مختلفة، وصور أدوات متباينة الأشكال، ويطلب إلى المريض في هذا الاختبار أن يصف تلك البطاقات بحيث تكوّن منظراً من الأشجار، أو حيواناً متكاملاً من أجزائه المتناثرة على شتى البطاقات... إلخ. على المريض أن ينظم تلك البطاقات بما يجمع بين أجزائها من عوامل مشتركة ذات معنى.

يضاف إلى الإختبارين الآنفين، هناك اختبار آخر يقصد منه معرفة ذاكرة المريض ومدى سلامتها وقدرته على الانتباه. في هذا الاختبار تُتلى على المريض كلمات عديدة، أو تذكر له أرقام متتالية، وبعد ذلك، يوجه انتباهه إلى موضوع آخر وذلك بقصد إبعاده، لدقيقة أو دقيقتين، عن الكلمات التي تليت عليه والأرقام التي ذكرت له، وصرفه عنها فترة وجيزة، ثم العودة به مباشرة إلى ما كان قد قرىء عليه من كلمات وأرقام، فيطلب منه تذكر ما يمكنه تذكره. في هذا الاختبار يستبان:

1 ـ مدى حفظه واستيعابه،

2 ـ إمتداد الفترة الزمنية التي يستطيع فيها أن يستبقي انتباهه مركزاً.

توجد هناك أيضاً ما هو معروف على نطاق واسع، طريقة التجربة عن طريقة التداعي، أو اختبار التداعي، وحسب هذه الطريقة تذكر للمريض كلمات مختلفة، ويطلب إليه أن يجيب حالاً وبدون تردد أول كلمة ترد على ذهنه تناسب الكلمة التي ذكرت له. وفي نفس الوقت تلاحظ في هذا الاختبار ما سيطلق عليه: الفترة الكامنة Latent Period التي تعد بمثابة المنبه والكلمة الجوابية التي تعتبر الاستجابة. ومعدل الوقت الذي تستغرقه الإجابة لدى الأشخاص الأسوياء الأصحاء من ($1\ ^1/_2$ ـ 2) ثانية، وتكون الإجابة على الكلمات المنبهة، في الغالب، إجابات منطقية. أما لدى الأشخاص المرضى، فإن فترة الكمون هذه، إما تكون جد قصيرة، ولعلها تكون طويلة أكثر مما ينبغي. وهذه حالات تلاحظ في معظم الأحيان لدى المرضى بالهوس، والاكتئاب والفصام. ففي حالة الفصام مثلاً، تكون الإجابات في أغلب الحالات، إجابات عرضية، وتكون تداعياتها غير منطقية. فكلمة (عنزة) Goat مثلاً، قد تثير لدى المريض كلمة (هدف) Goal، أو كلمة (زورق) Boat. وربما تعبر الإجابات عن خبرات توهمية أو وهمية. فكلمة (راديو) مثلاً قد تستدعي جواباً لها يتمثل بكلمة (تنويم)

Hypnosis، نظراً إلى أن الراديو ينوّم الإنسان أحياناً، لذلك فإن المريض يستذكر كلمة تنويم مغناطيسي الآنفة.

الاختبارات المذكورة، وغيرها من الاختبارات الأخرى، هي اختبارات قد تم تصميمها للناس الأسوياء، ولاستبانة واقع نشاطات السلوكية. ولكنها تطبق على المرضى بقصد التعرف على مقدار ما تفكك لديهم من شخصياتهم، وما تدهور فعلاً من قواهم العقلية، ومدى تخلخل ذاكراتهم.

وفيما بعض هذه الاختبارات، ومنها:

1 ـ اختبار كرابلين[1] Krapelin Test

وهذا هو اختبار مألوف يرمي إلى تشخيص وفحص حالة الانتباه، ومقدار التعب الذي يعاني منه الشخص. لذا يسمى أحياناً اختبار الحساب Computing test ـ في هذا الاختبار تعطى للمريض مصفوفات من الأرقام داخل مربعات، ويطلب منه أن يجمع فقط كل عددين كائنين في كل مربع بشكل عمودي أو بشكل أفقي. والوقت المسموح به لهذه العملية هو (15) خمس عشرة ثانية. وبعد الانتهاء من كل صف من المربعات ينتقل إلى الذي يليه، وهكذا.

وبهذا يمكن تسجيل معدل نشاط عمل عقل المريض، وعدد الأخطاء التي يرتكبها. وما يقع فيه من أخطاء في نهاية الصفوف الأخيرة تدل على تدهور الذاكرة وتشف عن حالة التعب السريع لدى المريض. التغيرات الحادة في معدل الأداء تدل على عدم استقرار الانتباه. والشكل التالي يمثل اختبار كرابلين.

---

(1) سبقت الإشارة إلى مساهمة كرابلين في تاريخ الطب النفسي في الفصل الأول من هذا الكتاب. (المترجم).

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	15
19	13	17	12	4

اختبار كرابلين

2 ـ اختبار شولت Schulte's Test الخاص بالبحث عن الأرقام

وهذا الاختبار مصمم لمعرفة الانتباه من حيث دقته واستمراريته، وذلك باسترجاع أرقام تتوالى من ($1\ ^1/_2$ ـ 25). فهي مسلسلة كما في الشكل التالي، في (5) مربعات وموزعة في هذه المربعات. فعلى المريض أن يبحث عن تسلسل الأرقام بشكل طبيعي، والوقت المسموح به هو محدد بالثواني.

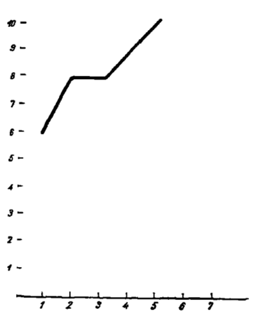
22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

جلول يبين اختبار شولت

ولهذا الاختبار أيضاً سمة أخرى أساسية، وهي أنه قابل للتطبيق في مجال تقدير معدل سرعة العقل في العمل، كسرعة انتقال العينين في البحث عن المطلوب من الأرقام مثلاً. يحتاج المرضى إلى (2 ـ 3) دقائق لإيجاد الكلمات المناسبة.

3 ـ اختبار تعلم الكلمات Word-Learning Test

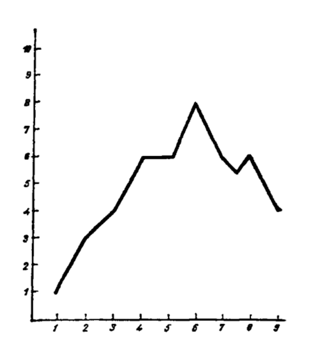
في هذا الاختبار يتعين على المريض أن يصغي، ومن ثم أن يعيد في أي ترتيب يشاء، عشر كلمات تقرأ عليه، وهي كلمات قصار؛ فمن هذه الكلمات مثلاً: (غابة، خبز، نافذة... إلخ). ويستبان عدد الكلمات التي يرددها المريض بشكل صحيح من قائمة الاختبار نفسه. ثم يعاد تكرار الكلمات مرة ثانية ويطلب من المريض أن يعيدها كلها دون خطأ أو حذف، وأن لا يقتصر في التكرار على الكلمات المحذوفة فقط. وتحلل نتائج الاختبار بواسطة ما يسمى عادة بـ (منحنى الذاكرة): Memory Curve، كما في الشكل الآتي:



شكل يبين منحنى الذاكرة،
وفيه يتضح مستوى الحفظ الجيد.

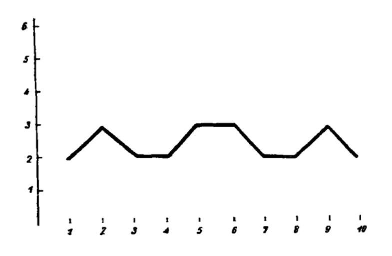
يتضح من الشكل السابق أن الشخص الذي جرى اختباره، قد تعلم الكلمات بسرعة، كما يتضح أيضاً أن ذاكرته جيدة.

في المنحنى التالي يتبين لنا أن المريض تعلم الكلمات في المحاولة الأولى بشكل جيد، ولكن ما أن قارب الاختبار على الانتهاء حتى أخذت ذاكرته تكشف عن تدهور في أدائها؛ مما يشير إلى وجود التعب وتدخله من ناحية، ومن ناحية أخرى ظهور إنخفاض مستمر في القابلية Capacity.



منحنى الذاكرة وفيه يتضح انخفاض في التركيز وتدهوره.

وفي الشكل الآتي يتضح أن المريض الذي لم يستطع إعادة أكثر من كلمتين أو ثلاثة رغم تكرار الاختبار، يدل على أن ذاكرته جد ضعيفة، وأن قدرته من حيث النشاط العقلي في أقصى حدود التدهور.



منحنى خط بياني يوضح الضعف الكبير في قدرة الذاكرة على الحفظ.

كلما قلّت قدرة الذاكرة على حفظ الكلمات، وكلما أُنسيت الكلمات المحفوظة أسرع، كان ذلك علامة أن الذاكرة في تدهور وفي تدنٍ. لكن إذا بقيت في الذاكرة (6 ـ 8) كلمات بعد ساعة من إجراء الاختبار واحتفظت بها، فإن هذا يكون أقرب إلى الحالة الإعتيادية السوية.

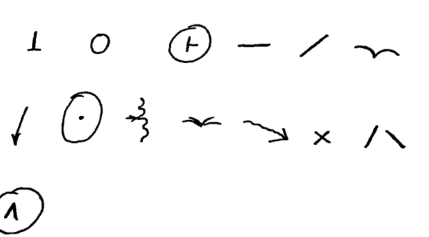
4 ـ الإختبار بطريقة الرسوم (طريقة لوريا) Pictogram (Luria's Method)

الغاية من هذا الاختبار معرفة الطريقة التي يتم بها الاستذكار، كما يرمي الاختبار أيضاً إلى الكشف عن معالم التداعي والارتباط بين أفكار المريض.

يطلب من المريض أن يتذكر (12 ـ 15 كلمة)، ومن ثم عليه أن يرسم لكل كلمة شكلاً يذكّره بها. فالأشخاص المرضى مثلاً يرسمون دائماً رسوماً تدل على الأشياء المحسوسة فقط، لأن ذاكرتهم بعيدة عن القدرة على التجريد؛ فهم بهذا خلاف الأشخاص الأسوياء الذين يرسمون رسوماً تجريدية تذكرهم بالكلمات التي يريدون. وفيما يأتي شكلان الأول منهما يمثل رسوم شخص سوي.



شكل يبيّن رسوم شخص سوي سليم



شكل يبيّن رسوم شخص مريض بالشيزوفرينيا

إن اختبار الرسوم، فضلاً عن صفته في تمكين المختصين من التمييز بين الأسوياء والمرضى، فإنه يوضح في الوقت نفسه حقيقة التفكير الشامل المحيطي، ويبيّن القدرة والميل إلى التفصيلات. فالمريض بالصرع مثلاً، قد يكون، رغم صرعه، متمتعاً بعقل سليم وتفكير صافٍ. والرسوم في الشكل الآتي تدل على ذلك:



أشكال رسمها مريض بالصرع

5 ـ اختبار الترديد Retelling Test

يطلب إلى المريض في هذا الاختبار أن يصغي ثم يعيد قصة قصيرة أو حكاية، أو يطلب منه قراءة وإعادة كتابتها من ذاكرته هو. فهذا الاختبار يجعل من الممكن ليس فقط فحص ذاكرة المريض، بل يمكن كذلك بواسطة هذا الاختبار معرفة مدى استيعاب المريض للنص الذي يتلى عليه أو يقرأه. وهناك كم هائل من الأدبيات في التحليل النفسي حافلة بأمثلة على ذلك ومعظمها تتحدث عن حالات الضعف العقلي وما يتمثل في سلوك ضعاف العقول.

6 ـ اختبار التصنيف Classification Test

من أعم طرق الإختبار إثماراً هو اختبار تصنيف الأشياء، إذ هو اختبار يشف على ما يكون عليه تفكير المريض من وضوح أو عتامة.

في هذا الاختبار يزود المريض بمجموعة بطاقات يبلغ عددها (70) بطاقة، تحمل وتصف أشياء مختلفة، من:

1 ـ حيوانات،

2 ـ نباتات،

3 ـ أشخاص،

4 ـ مركبات،

5 ـ أدوات منزلية... إلخ.

ويطلب منه أن يوزعها إلى مجاميع أولاً، ومن ثم، وبعد أن يستكمل هذه المهمة، يتعين عليه أن يرتبها في ثلاث مجموعات رئيسية كبرى.

الأشخاص الأسوياء عقلياً يسهل عليهم التعامل مع مثل هذه الاختبارات الخاصة بالتصنيف. فهم يصنفون الأشياء عادة إلى مجاميع كالتالي:

1 ـ أثاث
2 ـ أواني
3 ـ ملابس
4 ـ طيور
5 ـ حشرات
6 ـ حيوانات أليفة
7 ـ حيوانات برية
8 ـ خضار
9 ـ أزهار
10 ـ أشخاص
11 ـ أدوات قياس
12 ـ مركبات... إلخ

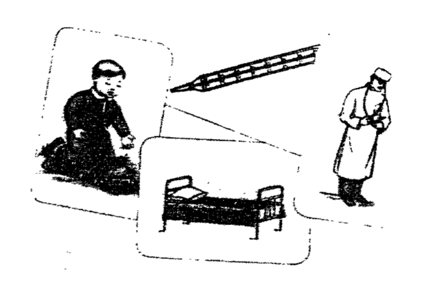
فالمجاميع الثلاث التي تنتظم كل تلك الأشياء، هي المجموعات الثلاث الأساسية:

أولاً: كائنات حية Living Beings،

ثانياً: أشياء جامدة Inanimate Objects،

ثالثاً: نباتات Plants.

أما الأشخاص الذين يعانون من عطب عقلي فإنهم يصرون على تصنيفها وفق هواهم، ولا يذهبون في التصنيف أصناف عامة. فإنهم يصرون، مثلاً، على أن توضع الملابس في خزانة الملابس، وأنه يجب أن توضع الخضار في قدر الطبخ (الطنجرة)... إلخ ولنلاحظ الرسم التالي:

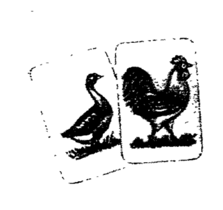


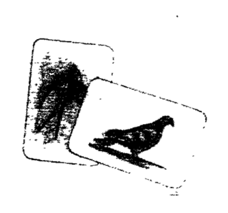
الشكل يبيّن بطاقة
اختبار تصنيف

المريض في الشكل المذكور آنفاً، يُصرّ على التصنيف بقوله:

- الطفل مريض.
- لذا يجب أن يرقد في الفراش أو أن يبقى في فراشه.
- يجب أن تقاس درجة حرارته.
- يجب أن يزوره الطبيب.

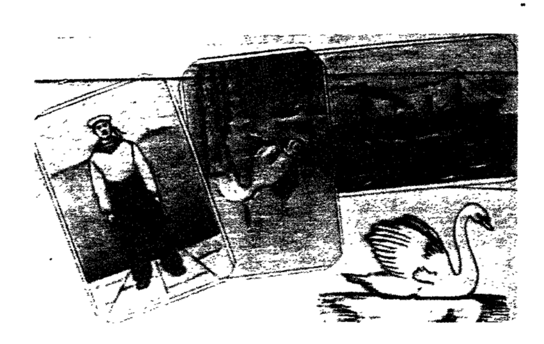
ولنلاحظ الآن الشكل التالي:



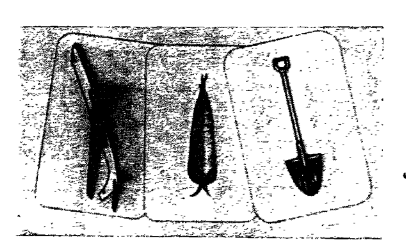


الشكل يبيّن بطاقة
اختبار تصنيف

في الشكل المثبت في أعلى هذا الكلام يصرّ المريض بالصرع إصراراً بعناد أن الطيور البرية يجب أن لا توضع في مكان واحد مع الطيور المدجنة (الداجنة)[1]. فهذا المريض يعاني من تدهور خطير في قواه العقلية. لكن بعض المرضى بالشيزوفرينيا يصرون على التصنيف بشكل آخر كما في الشكلين التاليين:



رسم أشكال جمع بينها تفكير مريض بالشيزوفرينيا



رسوم خططها مصاب بمرض الشيزوفرينيا

(1) مدجّن وداجن، بمعنى واحد، وإن كانت لفظة (داجن) تنصرف إلى معانٍ أخرى كقول القائل: (. . . وليل داجن)، أي: مظلم. (المترجم).

7 ـ اختبار مقارنة المفاهيم Comparisons of Concepts

هذه الطريقة تتيح معلومات قيمة حول خصائص التفكير والكلام. في هذا الاختبار يسأل المريض أن يقارن بين زوجين مختلفين من الأشياء. والمقارنة المطلوبة هنا تتضمن أوجه التشابه والاختلاف. عليه أن يقارن مثلاً بين:

الثلج: المطر

البحيرة: النهر

الربيع: الخريف

الغش: الخطأ

والأشياء المطلوب المقارنة بينها يجب أن تتدرج في الصعوبة والتعقيد حسب مستوى ثقافة الفرد.

ضروب من تقنيات التصنيف

القائم بالتجربة يقرأ بصوت مسموع قائمة بالكلمات المحددة ثم يطلب إلى الشخص المفحوص بأن يرد مستجيباً بأول كلمة ترد إلى ذهنه.

يتم بعد ذلك تسجيل الكلمات ويسجل في الوقت نفسه زمن رد الفعل (الفترة الكامنة) بواسطة ساعة توقيت.

في هذه التجربة يمكن تحليل تداعيات الشخص والسرعة التي تتحقق بها تلك التداعيات.

فلدى الأشخاص الأسوياء يكون محتوى رد الفعل، كقاعدة مطردة، مرتبطاً ومشروطاً بمعنى الكلمة التي تأتي كمنبه. وكثيراً ما يكون الجواب وصفاً لوظيفة الكلمة المنبهة، مثل:

(قلم) ← (يكتب)

(فأس) ← (يقطع)... إلخ.

ومهما تباينت محتويات تداعيات الشخص السوي، فإنها دائماً تعكس في واقع الأمر خبرته في الحياة، وهي في الوقت ذاته تدل على الكفاءة من حيث طبيعتها. وفي نفس الوقت، فإن كل كلمة منبهة تتسبب في إحداث تغيير في رد الفعل. وفي جميع الحالات، فإن الفترة الكامنة لا تكون طويلة، إذ هي لا تتجاوز (0,5 ـ 2) ثانية.

أما تداعيات المرضى عقلياً فتنقصها الكفاية في رد الفعل. فالاستجابات عندهم إما أن تكون تكراراً، وإما أن تكون مرادفات للكلمة المنبهة. فتكون إجاباتهم كالتالي:

الكلمة المنبهة	إجابة المريض
عدو	خلاف
قمر	صليب
قرع الجرس	جرس... إلخ

إن هذا النوع من التداعيات يدل على نوع من دائرة ضيقة من التداعيات التي يتصف فيها عقل المريض.

وفي أحيان أخرى تكون تداعيات المريض ذات طبيعة مترددة أو مرجأة Delayed، فهو لذلك لا يرد على الكلمة التي ينطقها المجرّب، ولكنه يجيب، بدلاً من ذلك، على الكلمة التي قبلها. فهو مثلاً تنطق له كلمة (كهف) فيجيب بكلمة (التجأ) أو (لجأ). وتجده يجيب بكلمة (ملاذ) ككلمة (قمر) التي ينطقها المجرّب.

ومثل تلك الإجابات تكثر أحياناً لدى المرضى بالصرع، وغيرهم ممن لديهم أمراض عضوية أخرى، وبخاصة عندما يصاب المخ بعطب. وإن الفترة الكامنة، قد تمتد من (3 ـ 5) ثواني.

أما تداعيات الفصاميين فإنها في الأعم الأغلب ليست بذات كفاءة

تذكر. لذلك فحينما تذكر للمريض كلمة (قمر) فإنه يجيب (رسم)، وعندما تذكر له كلمة (حب)، يجيب بكلمة (حجر).

ويما يلي كشف بقائمة مفردات منها كلمات تنبيهية، وأخرى كلمات استجابية وبينهما مدة الرجع أو فترة الكمون بالثواني.

نموذج لجدول أو سجل اختبار

كلمة التنبيه	الوقت بالثواني	كلمة الاستجابة
مُثَلّم	2	حاد
رقيق	2,5	سميك
قذر	2,5	نظيف
غريب	2,5	خاص
أسفل	3	أعلى
كبير	3	فاكهة
عدو	1,5	سيضرب
مبتدىء	3	متقدم
طويل	1,5	قصير
صلب	2,5	حلقة
جاف	2	مبتل، رطب
جميل	1,5	وسيم
هدوء	4,5	صخب
تشابه	3,5	اختلاف
أقلية	2,5	خضوع للأكثرية
ينسى	3	شرود الذهن
لئيم	2	خسيس، وضيع
بسهولة	1,5	بصعوبة
إنتصار	2	إنحدار
حقيقة	2	أمانة

شأن تجارب الاختبارات المذكورة هنا، شأن أي اختبارات أخرى معروفة ومطبقة في مجال علم النفس المرضي Pathopsychology، ينبغي ألا تطبق على أي مرض عقلي بصورة إعتباطية. إذ يجب أن يتم اختيار الاختبار وأن يجري تطبيقه بما يتلاءم والمشكلة العيادية المناسبة الخاصة بالمرض العقلي الذي يكون عليه المريض.

وأغلب المشكلات النموذجية التي تستدعي تطبيق الاختبارات العقلية[1] هذه، يمكن أن تكون كالتالي:

(أ) في حالة مواجهة صعوبة في التشخيص الفارق، الأمر الذي يتطلب مزيداً من المعرفة الإضافية لهذا الغرض: أي الحاجة إلى ضرورة التمييز بين مرض ومرض بشكل يزيل ما هناك من لبس وغموض.

(ب) عندما تستلزم الضرورة من أجل تقدير التدهور العقلي، وذلك لغرض الوقوف على البرهنة اللازمة في مجال الخبرة الطبية النفسية، كما في المجالات العسكرية، والعمل، والطب الشرعي.

(ج) في مجال تسجيل ما هناك من تغيرات في الحالات العقلية لدى المرضى الذين تمت معالجتهم بشكل مبدئي.

ثمة تضافر ولا شك بين الجوانب النفسية والجوانب الجسمية، وبخاصة الجوانب المرتبطة بالأعصاب، ويطلق عليها الحالات العصبية Neurological Conditions. فالتبادل المشترك قائم ولا مجال للفصل بين

---

(1) يجدر التذكر أن هناك نظرية تعرف بنظرية الانفعالات الطارئة Emergency Theory of Emotions، وهي نظرية تكوّن أساس العواطف، والنشاط السمبثاوي، وبمقتضى هذه النظرية فإن جميع الاستجابات الداخلية للفرد، مثل: سرعة ضربات القلب، وزيادة تدفق الدم إلى مختلف أنحاء الجسم، وتوقف الهضم، وتمدد الجيوب الهوائية في الرئتين، وغيرها مما تؤثر فيه الحالات الانفعالية، كل ذلك يفضي إلى التغيرات السلوكية عند الإنسان، فهي تغيرات نفسية وجسمية تنتهي إلى نتائج طارئة، إذا هي تكررت تزداد تعقيداً ويترتب عليها تعقيد حياة الإنسان كلها. (المترجم).

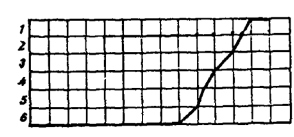
التأثيرين: تأثير الجانب النفسي على الوظائف الجسمية، وتأثير الجانب الجسمي على الوظائف النفسية. فالإضطرابات الحسية Sensory Disturbances، مثلاً، التي تحصل وتسبب الأمراض العقلية تكون دائماً في طور متعدد الأوجه والأشكال Polymorphism. ولنضرب مثلاً على ذلك مسألة ما يحدث للمخ من أمراض عضوية يمكن أن ينشأ عنه إما زيادة في الحساسية Hypoesthesia، أو قد يؤدي إلى نقص في الحساسية Hypoesthesia، وهذا التأرجح بين الإفراط في الزيادة، والتفريط في النقصان يتوقف على مستوى ومقدار العطب الذي أصاب المخ، ومدى ما لحق به من أذى.

فما يحصل للفرد أحياناً من عسر في الكلام Dysarthria، وما يتفرع عنه من حُبسة حسية Sensory Aphasia، وحُبسة نسيانية Amnestic Aphasia، واضطرابات وظيفية أخرى[1]، يكون مصدرها في الغالب مما يلحق المخ من عطب، وربما يتأتى ذلك من أمراض عقلية وصدمات نفسية لا حصر لها. وكل ذلك يعكس العلاقة بين النفس والجسم، وهي العلاقة التي يطلق عليها في الطب النفسي مصطلح العلاقة النفس ـ جسمية: Psycho-somatic.

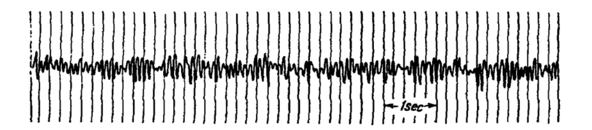
إن ما يطرأ من تغيرات نفسية وفسيولوجية وظيفية، جراء التأثيرات

(1) الانفعالات إذا ما تكررت بشكل غير طبيعي ينجم عنها خوف وقلق، والانفعالات، بتكرارها السلبي المستمر تحتم ضروباً من الانفعالات، مثل:
- إنفعالات مركبة: تنشأ عن انفعالات بسيطة.
- إنفعالات شرطية: يقترن ظهورها ويرتبط بانفعالات وبموضوعات أخرى، حتى ينتهي الأمر إلى ما يسمى بالحلقة الخبيثة أو الحلقة المفرغة.
- إنفعالات مشتقة: تصدر عن انفعالات غيرها، وهذا يعني زيادات في التعقيدات.
- إنفعالات مرضية: وهذا أن الانفعالات تنتقل من طور الاستجابات للمواقف غير الطبيعية إلى حالات مرضية. (المترجم).

الناجمة عن الأمراض النفسية والعقلية والجسمية كثيرة ولا يمكن حصرها. وأن تأثيراتها المتبادلة تظهر بادية للعيان بوضوح في الظواهر السلوكية، إذا كانت أسبابها الأساسية نفسية أو عقلية. علماً أنها تؤثر في وظائف الجسم كما في حالة الأمراض التحولية. وأن أي عطب يصيب المخ، أو المنطقة الجمجمية Cranial Area، أو وظيفة جسدية تتسبب في تغيرات تطرأ على طبيعة نشاط الدم وضربات القلب وتغيير في كيفية موجات المخ، كما توضح ذلك الأشكال التالية.



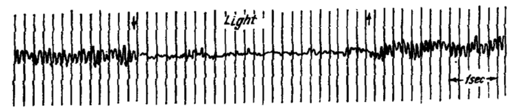
يمثل هذا المنحنى حالة الشلل العام الناجم عن تغيرات نفسية ـ جسمية ويسمى بـ (استجابة لانج).



رسم كهربائي للمخ وفيه تتضح تموجات الفا Alpha.



رسم كهربائي للمخ وفيه يتضح اختفاء موجات الفا.



رسم كهربائي للمخ وفيه تظهر موجات بيتا Beta.

الفصل الخامس

الأمراض العقلية: أسبابها وتصنيفها

- أسباب الأمراض العقلية
- تصنيف الأمراض العقلية
- طبيعة المرض العقلي

الفصل الخامس

الأمراض العقلية: أسبابها وتصنيفها

أسباب الأمراض العقلية

أسباب الأمراض العقلية عديدة وأنواعها شتى. فمنذ أمد بعيد، ولفترة طويلة من الزمن كانت تعزى أسباب الأمراض العقلية بشكل شامل إلى عوامل وراثية Hereditary Factors. وبالنسبة للإستعداد للمرض العقلي لا يستبعد أطباء الطب النفسي اليوم وجود عوامله الوراثية ولا ينكرون وجودها، غير أنهم لا يسندون إليها كل تلك الأهمية الكاملة.

لا شك أن الأطباء المحدثين قد لاحظوا بواسطة الملاحظة التجريبيّة Empirical Observation [1] وبالمشاهدة أن أطفال المرضى عقلياً وأقاربهم تحدث لديهم أيضاً أمراض عقلية وتتطور. بيد أن الدراسات المتعمقة لم تظهر كلها علاقة منتظمة تدل على هذا المرض العضال في هذا المجال. فهي دراسات لم يكتب لها النجاح كلها. ولهذا فإن طبيعة تدخل الوراثة في مختلف هذه الأمراض العصبية ـ النفسية Neuro-Psychic، ما برحت موضع جدل لم يحسم أمره بعد. فالمسألة، إذن، ليست مجرد مسألة أكاديمية وحسب؛ أو أنها مجرد محل نقاش فكري فقط. وهذا معناه، أن

(1) هناك فرق بين تجرّبي Empirical وتجريبي Experimental. المعنى الأول بالملاحظة المقصودة وبالخبرة الجارية ألصق. والمعنى الثاني يعتمد على ما يجري من ضبط للمتغيرات، وقد يتم في مكان محدد وفي المعمل، وربما يجري ميدانياً. (المترجم).

هناك استخلاصات عيادية موسعة، واستنباطات اجتماعية كذلك، كلها قد أتاحت معارفها من بيانات الطب النفسي الخاص بالوراثة والمهتم بها.

فنظرية الجريمة التي لقيت انتشاراً شاملاً، بعد أن طورها، في منتصف القرن التاسع، موريل Morel، أوجدت روابط رصينة تجمع بين العوامل النفسية والسوسيولوجية بشأن حقائق الأمراض العقلية.

إبتدأت مشكلة الوراثة تستأثر باهتمام الأطباء النفسانيين رويداً رويداً، وكثير من الدراسات تم إجراؤها وهي تدور حول دور العوامل الوراثية في شكل حالات منفردة من الأمراض. وموضوعات الدراسة التي تمت في هذا الصدد تناولت أثر العوامل الاجتماعية Social Factors في الإنتقال الوراثي الخاص بالذهانات Psychoses، وكذلك أراد المهتمون في هذا المجال أن يتبينوا هذا التأثير أيضاً في ميدان الجوانب الجسمية. ورغب الباحثون كذلك في معرفة دور الأب، والأم، والأقارب، في الانتقال الوراثي، في هذا الشأن. فالمختصون ما فتئوا يذهبون مذاهب متباينة؛ فهناك من يرى أنّ الدور المهم في الجنون يُعزى إلى الوراثية، وغير هؤلاء من يُرجع الأمر إلى عناصر تشريحية[1].

الوراثة المرضية ينظر إليها نظرة الدور الرئيسي والكبير في مجال الاضطرابات العصبية ـ النفسية التي لوحظ تطورها لدى الأطفال عندما تبدأ الاضطرابات العقلية تظهر عندهم بصورة تدريجية مما يدل على التدهور العقلي، ولا سيما تلك الاضطرابات التي تتخذ شكل نوبات صرعية Epileptic Fits، أو فيما يظهر على صورة اضطرابات في الوظائف الحركية Motor Functions.

إن تقييماً مجدداً بشأن دور الانتقال الوراثي للأمراض قد تم بعد أن

(1) إن القول بالجانب التشريحي فيما يتعلق بأسباب الأمراض العقلية، إنما هو قول لا يخلو من غموض كما يبدو. (المترجم).

قدم لمبروزو Lombroso الإيطالي، المختص بالأمراض النفسية نظريته التي جعل أساسها التدهور العقلي والنفسي، وقد ضمّن آراءه تلك كتاباً نشر في منتصف القرن التاسع عشر، وأصبح كتابه المتضمن لتلك النظرية، واسع الإنتشار بين العاملين في الميادين الطبية، ولدى المختصين بعلوم الحياة على حد سواء.

وفي القرن العشرين هذا أصبحت النظرية الوراثية ودورها الفعال في الإنتقال المرضي، وفي أصل الأمراض العقلية ونشوئها واسعة الإنتشار في عدد من البلدان، ولا سيما في ألمانيا بشكل خاص.

سبق القول، أن دور المصاحبات الجينية ليس بالدور الموحد ولا تأثيره هو نفس التأثير، في جميع الأمراض وفي كل الأعراض والزملات. ولعل الدراسات المقارنة، ومنها مثلاً، دراسة التوائم؛ يمكن أن تتيح من المعرفة ما يوضح ما يسمى بـ (الحصة الوراثية) Hereditary Quota، ولو بصورة تقريبية في هذا المجال. فمما هو متفق عليه بصورة، هو أن التوائم المتماثلة الناشئة من بويضة واحدة محصبة منشطرة Monozygotic، هي توائم متقاربة ومتشابهة في النمط الأصلي الوراثي Genotype[1]، بينما التوائم الأخوية المتحدرة من بويضتين منفصلتين مخصبتين في نفس الوقت: أي في وقت واحد هي توائم تختلف في النمط الوراثي. فالتوائم الأخوية Dizygotic يتأتى اختلافها من كونها من بويضتين منعزلتين الواحدة عن الأخرى، لحظة التلقيح، وكل واحدة منهما لقحت بمعزل عن الأخرى. فالاختلاف هنا يحصل، وإن كانتا تنشآن وتنموان في نفس الظروف

(1) النمط الوراثي أو الطراز البنياني الكامن وراء جميع الصفات والمواصفات الجسمية، وعلى أساسه، وعلى أساس خلفيته الوراثية للأقارب، تحدد ملامح ومعالم السلوك وحقيقة الشخصية، وواقع الأمراض النفسية والعقلية والبدنية عندما تقع. (المترجم).

الوراثية. وعلى هذا الأساس نجد أن التوائم تعد نموذجاً مناسباً لدراسة الإنتقال الوراثي لجميع ضروب الأمراض الجبليّة. والحق، لا يمكن إغفال حقيقة أن دراسة التوائم قد كشفت عن كثير من أنواع الأمراض الوراثية، النفسية منها، والأعراض المرضية فيها، والزملات العقلية الخاصة بها. إذ إنّ هذه الدراسات كشفت عن درجة عالية في حدوث مثل هذه الحالات المرضية. فقد كشفت هذه الدراسات أنه في حالة الأمراض العقلية والنفسية تحصل لدى التوائم المتطابقة المتماثلة على النحو التالي:

نوع المرض	النسبة المئوية
الفصام (الشيزوفرينيا)	٪86
الذهان الإكتئابي الهوسي	٪96
الذهان الإنتكاسي	٪61
الصرع	٪50
الذهان الخرفي (ذهان الخرف)	٪43

أما بالنسبة للتوائم الأخوية، فإن النسبة المئوية لكل مرض من الأمراض المذكورة تكون كالتالي:

نوع المرض	النسبة المئوية
الفصام	٪15
الذهان الإكتئابي الهوسي	٪25
الذهان الإنتكاسي	٪10
الصرع	٪6
الذهان الخرفي	٪7

وفي جميع الحالات الآنفة، لا يمكن استبعاد تأثير الوسط البيئي الذي يمكن أن يؤثر سلباً أو إيجاباً في تسريع ظهور المرض وتفاقمه، أو تأخيره، أو عدم ظهوره إذا كان وسطاً ملائماً. وكمثال على ذلك، فقد وجد أنه في حالات الفصام، عندما يفصل التوأمان بشكل مبكر فيوضعان في بيئتين مختلفتين إحداهما رائقة والأخرى تبقى على ما هي عليه، فإن

ظهوره لدى التوأم الذي ينشأ في بيئة غير ملائمة يكون أبكر مما هو عليه لدى التوأم الذي ينمو في بيئة مناسبة رائقة. كما وجد أن التأخر في الفصل يؤدي إلى ظهور المرض أبكر. مما يدل على أثر العوامل الاجتماعية في هذا الشأن. ومثال آخر هنا جدير بالذكر، ذلك هو أن أبناء المدمنين على الكحول، عندما تتم تنشئتهم في بيئات بعيدة عن تعاطي الكحوليات، يترعرعون وهم أقل ميلاً للإنغماس فيما انغمس في حمأته أباؤهم وذووهم. وهذا دليل آخر يبرهن على أهمية الوسط البيئي الصالح.

وفي جميع الاحتمالات، فإن العوامل السببية التي تفضي إلى الأمراض النفسية والعقلية، ليس بالضرورة أن يكون حدوثها ناشئاً عن أسباب خارجية Exogenous، ففي حالات محددة كثيرة، تكون أسباب هذه الأمراض ناجمة عن عوامل داخلية Endogenous، وهذا يحدث، في الوقت الذي تكون فيه المؤثرات البيئية الضارة بالغة الأهمية، وهي تعمل في الوقت ذاته كعوامل مساعدة في هذا الاتجاه.

تصنيف الأمراض العقلية

I ـ أمراض عقلية منشؤها غير معروف (مجهول) لحد الآن.

(1) الفصام (الشيزوفرينيا)، وما يشتق منه، مثل:

- الخبل المبكر.
- الاضطرابات الفصامية.
- الرديات (ردود الأفعال) الفصامية: ومن هنا تنشأ تفرعات أخرى هي:

(أ) النمط البسيط.

(ب) الهيبفرينيا[1] (نمط من أنماط الفصام).

(1) للوقوف على هذا المعنى، يحسن الرجوع إلى (رقم 8) من هوامش الفصل الثالث من هذا الكتاب. (المترجم).

(ج) النمط البارانوي.

(د) النمط الدوري. وهذا النمط يشتمل على: الشيزوفرينيا الحادة، والتخشب الدوري، الشيزوفرينيا الدورية، والشيزوفرينيا الإكتئابية ـ البارانوية.

(2) البارانويا.

(3) الذهان الاكتئابي ـ الهوسي، بما في ذلك (ذهان دوري، اكتئاب، وهوس).

(4) ذهان الخرف المبكر، ويشمل:

(أ) اكتئاب انتكابي مبكر، اكتئاب انتكاسي متأخر. ملنخوليا سن اليأس[1].

(ب) حالة البارانويا الخاصة بالخرف المبكر، ويندرج في هذا السياق جميع أنواع الأوهام الذهانية الخاصة بالخرف المبكر.

(5) خبل الخرف.

(6) مرض الزهايمر[2].

(7) الصرع.

II ـ أمراض واضطرابات عقلية مرتبطة بأمراض جسمية عامة،

مثل: العدوى، وحالات التسمم، والصدمات والكدمات، وأعطاب عضوية أخرى.

---

(1) هذه أمراض خاصة بسن اليأس عند النساء. (المترجم).

(2) مرض الزهايمر: يصيب الأشخاص في سن (40 ـ 60) وسمّي المرض باسم مكتشفه الزهايمر سنة (1907). يتسم المرض بتدهور شديد يصيب الذاكرة، ويتصف بفقدان الإحساس بالزمن، وعدم التعرف على المكان، والهلوسات، والعجز عن الفهم والاستيعاب، وتدهور الصحة، وتقلص الأطراف، والإصابة بنوبات صرعية. (المترجم).

1 ـ الاضطرابات العقلية ـ في حالة نشوء الأمراض الحشوية.
2 ـ حالة الوهن المزمنة والحالات العصبية.
3 ـ الاضطرابات النفسية الناجمة عن التهابات السحايا والتهابات المخ الأخرى.
4 ـ الاضطرابات العقلية الناشئة عن سفلس المخ، ومنه:
(أ) السفلس المخي؛
(ب) الشلل المبكر؛
5 ـ الإضطرابات النفسية الخاصة بالأمراض الجسمية غير المعدية، مثل أمراض القلب، والكبد، وجهاز الغدد، ومنه الغدد الصم، ويتفرع من ذلك ما يأتي:
(أ) الذهانات الحادة الناشئة عن عوامل جسمية الأسباب.
(ب) الذهانات الحادة الناجمة عن عوامل جسمية المنشأ.
(ح) حالات الوهن ذات الأصل الجسمي.
6 ـ أمراض نفسية تسممية، ومنها:
(أ) الإدمان الكحولي المزمن.
(ب) الذهانات الناجمة عن إدمان الكحول: الذهانات الكحولية، ومن أنواعها: الهذيانات، الهلوسات الكحولية، حالات البارانويا الكحولية، الأوهام الكحولية، التسمم الكحولي المرضي، الشلل الوهمي.
(ج) تسممات من ضروب أخرى.
(د) التسممات المهنية، ومنها تسممات الذهانات الحادة.
7 ـ أمراض عقلية تعزى إلى أذى يصيب المخ كالجروح وغيرها، أو ما يلحق بالدماغ جراء صدمة كهربائية، ومنها:
(أ) ذهانات الصدمة الحادة.
(ب) الذهانات المزمنة.

(ج) اضطرابات الشخصية المتكررة وحالات الوهن.

8 ـ اضطرابات نفسية لدى الأشخاص الذين يقاسون من أمراض عضوية، وبخاصة الأمراض التي تصيب المخ، ومنها:

(أ) أورام المخ.

(ب) أمراض تصيب الأعصاب.

9 ـ الخبل المتسبب عن ضمور في المخ، ولا سيما في حالات الخرف المبكر، ومن ذلك:

(أ) مرض بك Pick's Disease.

(ب) أمراض أخرى نفسية وعقلية متعددة الأسباب.

10 ـ اضطرابات نفسية مختلفة المناشىء، ومنها:

(أ) الذهانات الدورية.

(ب) حالات مرضية أسبابها خارجية ينتج عنها أمراض نفسية وجسمية.

III رديات نفسية

(أ) ذهانات ردية أصلها نفسي.

(ب) ذهانات هستيرية حادة، ومنها: حالات الوهم، الذهول، شبه الخبل، الصبيانية[1]... إلخ.

(ح) حالات الذهان البارانوية.

(د) الإكتئاب الردي.

(هـ) أنواع أخرى، ومنها حالات الحالات السوداوية، وأوهام الغيرة.

2 ـ العصابات، أو الأعصبة، ومنها:

(أ) الوهن العصبي.

---

(1) الصبيانية Puerilism: تخلّف في النمو، أو تدهور من الحالة السوية إلى الحالة السيئة، فيتصرف المريض عقلياً وكأنه طفل، أو كأنه مراهق. (المترجم).

(ب) عصاب الحالات الوسواسية.

(ج) الهستيريا، وتنطوي على حالات مرضية، منها: النسيان، العمر، فقدان الصوت، التشنجات، الشلل، العجز عن الوقوف والمشي[1]، الخَشَم[2].

(د) حالات عصبية ولا سيما ما منها عند الأطفال، ومن ذلك مثلاً الخرس الاصطفائي، التأتأة، اللزمات، التقيؤ التعودي، التبول... إلخ.

IV اضطرابات عقلية ناشئة عن تطور أمراض نفسية

1 ـ الشخصية السيكوباتية، ومن أنواع ذلك:

(أ) الأنماط الوجدانية.

(ب) الأنماط الواهنة.

(ج) الأنماط الحرضية الفصامية.

(د) الشخصية البارانوية.

(هـ) الشخصية الهستيرية.

(و) الانحراف الجنسي.

(ز) الشخصية القلقة.

(ح) الحالات الشبيهة بالسيكوباتية، وأصلها أنها تطورت خلال مرحلة الطفولة بعد تعرض المخ إلى عدوى في فترات النمو.

2 ـ الضعف العقلي، ومن أنواعه:

(أ) الضعف العام الذي يصيب العقل بشكل مباشر وعام.

---

(1) العجز عن الوقوف والمشي Astasia-Abasia هو عجز وظيفي سببه في الغالب يكون راجعاً إلى استجابات هستيرية. (المترجم).

(2) الخشم Anosmia (بفتح الخاء والشين): فقدان القدرة على الشم، وقد يكون جزئياً ولعله يكون كلّياً. (المترجم).

(ب) البله.

(ج) العته.

(د) أمراض جنينية من أنواع شتى ومن أصول مختلفة.

طبيعة المرض العقلي

من طبيعة المرض العقلي أنه يمكن أن يتخذ سبلاً شتى في مجراه. فهو قد يكون حاداً ومتقلباً في بداياته، وربما يكون خفيفاً ومزمناً بادىء الأمر ثم يشتد تأزماً كلما تقادمت العمليات المرضية، وكلما تعاظمت الحالات العرضية Symptoms. فبعض الأعراض التي تتراكم بمرور الوقت قد لا تكتشف في بداية حدوثها، لكن أمرها يظهر بعدما يحصل هناك من تدهور نفسي. إن بعض الأمراض العقلية قد تظهر بشكل دوري أو متقطع، وربما تهجم أحياناً على شكل نوبات، ثم تنتهي في المآل بالشفاء. للأمراض العقلية تقلباتها المعروفة، فقد تعقبها نتائج بالشفاء مُرْضية ومريحة، لكن حصول بعض النوبات قد تكون متبوعة بدرجة معينة من الإنحراف النفسي يتراوح بين الحالات الانفعالية الخفيفة فيمتد حتى يبلغ مظاهر التدهور العقلي الذي يصل في ذروته حد الخبل. وقد ينتهي المرض العقلي في بعض الأحيان إلى نتائج جد خطيرة.

ومما يجدر ذكره هو أن انحرافات كثيرة وتشوهات يمكن أن تحدث إبان دورة المرض. فمن ذلك مثلاً، أن دورة مرضية عارضة قد تحل محلها دورة مرضية دورية أو متقطعة تأخذ شكلاً تناوبياً، أو قد يطرأ العكس، فقد يكون هناك نوع من مرض الذهول، إذا به يختفي فتنشأ بدلاً نوبات مرضية شديدة. وتغيرات من هذا النوع ترتبط أحياناً باستخدام الأساليب العلاجية Therapeutical الحديثة. وكثيراً ما تكشف الأساليب العيادية عن شخصية ينقصها الإتزان والتوازن المطلوبين، فيتضح بعدئذٍ أن السر راجع إلى مخ غير سليم ترتب عليه سلوك غير قويم.

الفصل السادس

الفصام

- المرحلة الأولية
- مرحلة تطور الأعراض
- التشخيص الفارق

الفصل السادس

الفصام

كان مرض الفصام (الشيزوفرينيا) Schizophrenia، قد وصفه كرابلين[1] Krapelin أول مرة عام (1898)، وسمّاه (خبل المراهقة)[2] Dementia Praecox، أو العتاه المبكّر. وذكر كرابلين في سياق حديثه عن المرض بأنه يصيب الناشئين في عمر مبكر من حياتهم، وأنه يفضي إلى نتيجة واحدة بلا شك ـ تلك هي الخبل.

بيد أن وجهة نظر كرابلين هذه واجهت معارضة على أساس أنها ليس بالضرورة أن تحدث في عمر مبكر ولا تصيب المراهقين في مستهل حياتهم، وعلى هذا فلا يمكن أن يكون خبل المراهقة نتيجة لهذه الحالات.

جاء بعدئذ (بلولير) Bleuler (1857 ـ 1939) فأطلق على هذا المرض إسم الفصام (الشيزوفرينيا)، مشتقّاً لتسمية هذه من الأصل الإغريقي (Schizein) بمعنى يشطر أو يفلق، أو يقسم، و (Phren) بمعنى عقل. وكان بلولير يرمي في رأيه إلى أن هذا هو انشطار العقل، وأن ذلك يتأتى من الاضطراب الذي يعتري العملية الارتباطية العقلية ويترتب عليها انقسام النفس، وهذا سر العلة المرضية.

وفي خضم ما هناك من حالات كثيرة، فإن الفصام يمثل مرضاً مزمناً

---

(1) مرّ ذكر كرابلين من قبل في الفصل الأول. (المترجم).

(2) خبل المراهقة أو العتاه المبكر، أو الفصام: جنون بفقدان الاهتمام بالناس والأشياء وبالسلوك غير السوي. (المترجم).

يستعرّ فينتهي حتى بعد مرحلته الأولية، إلى اضطراب في الشخصية، وأنه مرض قلما تتضح بادىء الأمر معالمه، غير أن استفحاله يتجلى فيما بعد. والملاحظ هو أن نسبة انتشاره بين سكان المجتمع يكون بمعدل (3,6 ـ 8,5) من كل (1000) نسمة.

يقدّر كرابلين أن الفصام يصيب 75٪ ممن أعمارهم تتراوح بين 18 ـ 35، بينما يقدّر بلولير هذه النسبة بمقدار 60٪ فقط. ونظراً لما تتخذه الشيزوفرينيا من مظاهر خلال دورتها المرضية، نجد أن ذلك حمل كثيراً من المختصين بالطب النفسي، إلى اعتباره مرضاً تتجمّع عناصره من مجموعة من الأمراض، وليس من مرض واحد بمفرده. لذلك فإن دورة المرض يمكن أن تقسم إلى فروع منها:

1 ـ المرحلة الأولية Initial Stage.

2 ـ تطور الأعراض Development of Symptoms.

3 ـ مرحلة تحسن Stage of Improvement.

4 ـ مرحلة الإبلال من المرض Remission.

5 ـ النتيجة المترتبة على الشفاء Outcome.

المرحلة الأولية

أحد المظاهر الأكثر تكراراً في مرض الفصام في مرحلته الأولية، ويعبر عنه بـ (العصبية العامة General Nervousness، هو تركم ضخم من أعراض الوهن والإنهاك Asthenia. وخلال سنة أو سنتين، وفي حالات محددة، وإبّان فترة قد تقصر وقد تطول، تبدأ الأعراض التي تدل على التعب والإعياء بالظهور وتأخذ بالتنامي والتطور التدريجي. وهذا الإعياء يصيب الجهاز العصبي بالذات. فيصبح المريض سريع الهيجان، حاد المزاج، نافذ الصبر، قليل الأناة، سريع التعب، ويكون كثير الشكوى من الضعف في قواه البدنية. وقد لا يشكو أحياناً من سرعة التهيج، بل على

العكس من ذلك يصبح فاتر الهمة، قليل المبالاة، عديم الاكتراث باهتماماته العادية. فهذه الأعراض في حد ذاتها تنطوي على ملامح خاصة تنمّ عن مرضى الفصام وتدل عليه بجلاء. وهذه الأعراض أيضاً لا تظهر منفردة، وإنما تظهر مصاحبة لأمراض جسمية أو تكون مصحوبة بها.

وهناك ملمح آخر مهم تشخيصياً يظهر في المرحلة الأولية من مراحل الفصام يتجلى في عدم الاتزان الانفعالي، إذ يظهر عادة على شكل اكتئاب، وجزع[1] Despondency، وقلق، ولا تكون وراءه في الغالب أسباب واضحة المعالم. وإحدى العلامات الدالة على الروح القانطة، والمعنوية الهابطة، وعدم الاكتراث، هي عدم اهتمام المريض بما كان يهتم به من قبل. فيتركز كل اهتمامه بما يعتمل في داخله، وينصرف اهتمامه بعيداً عن دراسته، وعن شؤون حياته، وعن أسرته، ويتمحور كل تفكيره حول خبراته العقلية فقط.

من المظاهر الأخرى لمرض الفصام هي شكوى المريض من حساسية عضوية داخلية دائمة غامضة، ولكن دون أن يستطيع وصفها بشكل واضح. فتسمع بعض المرضى يشكو من آلام عضوية في المعدة، أو قد يشكو غيرهم من حكة في الجلد، وترى بعضهم يتألم مما يحسه من ارتجافات في وجهه . . . إلخ. لذا نجد المريض يتجه إلى الاهتمام الكبير بقراءة الأدبيات الطبية سعياً وراء إيجاد ما يفقهه بعلته التي يحسها وهي في الغالب علة جسمية ولكنها بدون أساس عضوي حقيقي، لكن الأمر لا يقف عند هذا القدر، بل إنه كثيراً ما يطيل الوقوف أمام المرآة متأملاً حال جسمه. وأحياناً لا تكون حالات المريض الانفعالية مرتبطة كثيراً باستبطاناته المرضية المتعلقة بحساسيته الجسدية، بقدر ما يكون ذلك مرتبطاً بما طرأ من تغيير على طبيعة

(1) الجزع Despondency: هو انفعال مشتق، يتسبب عن الفشل، أو عن مرض الشيزوفرينيا، لكنه لا يبلغ حد اليأس. (المترجم).

إدراكه الحسي لما يحيط به من ظروف. ولنضرب لذلك مثلاً، حالة مريض، كان في وضع من القلق الشديد، سمع لولب ساعة حائطية قد انقطع فأحدث صوتاً، فما كان منه إلا أن عزا حالة تدني مزاجه وانحطاط همته إلى ذلك الحدث الطارىء في بيته. فلا تعود العملية الإدراكية تستثير أية حالة وجدانية لدى المريض؛ لذلك فهو يطفق يرى وجوه الناس من حوله كالحة، وتبدو له المناظر الخلابة لا رواء لها، وليس فيها سوى الكآبة. وهو في ذات الوقت ينسحب من الواقع، وينطوي على نفسه، ويبتعد عن المجتمع.

إنكفاء الفعالية الانفعالية وتدنيها يمكن أن تنجم عنها اضطرابات سلوكية أخرى، منها، مثلاً، أن المريض يصبح متقلّب المزاج إلى حد التطرف، وربما يكون شديد العدوانية، ويكشف أحياناً عن سمات هستيرية واضحة. وفي أحايين أخرى تراه يكابد من هجمات تنتابه كلها مخاوف، مما يقضّ مضجعه، وأن مخاوفه التي ترعبه هذه تطرأ ليلاً. فهي مخاوف ليست مبررة من ناحية، ومن ناحية أخرى لا أسباب وراءها تدعمها. وفي بعض الأحيان تكون مخاوفه تلك مقترنة بتخيلات واضحة وضروب من الفنطازيا.

ويمكن أن تتخذ الاضطرابات العصبية Neurotic Disturbances في مراحلها الأولية شكل أوهام متحكمة ومستحكمة. ويغلب على المريض الجمود[1] العقلي الحصري في حالات محددة، ويكون ذلك بل يظهر بشكل طقوسيات سخيفة. فأحد المرضى، مثلاً، كان واقعاً تحت إلزام قهري Compulsion بأن يقف دائماً تحت ساعة حائطية Wall-Clock، ومريض آخر أيضاً كان يحس أنه مضطر أن يقفز قفزات رتيبة فوق خطوط الألوان المتماثلة عندما يريد أن يقطع الشارع.

(1) الجمود أو الثبات على فكرة واحدة Monoideism: حالة عقلية مرضية جامدة يعود فيها المريض إلى نفس الفكرة ولا يريد مغادرتها وكأنّ خوفاً يلزمه بالثبات عليها. (المترجم).

ولعل المريض يصبح عرضة لأن يفلسف الأمور فلسفة مرضية، وسواسية، حصرية، قهرية، ويكون ديدنه في ذلك أن يثير أسئلة غير مترابطة، ولا صلة لها بالموضوع المبحوث، ولا هدف لها ترمي إليه. فالمريض قد يثير، مثلاً، سؤالاً فيقول: (لماذا الكتب مصفوفة على الرف بهذا الترتيب الذي هي عليه، بدلاً من وضعها وترتيبها بشكل معكوس، فتكون كعوبها إلى الداخل وواجهتها إلى الخارج؟)، أو هو قد يسألك: (لماذا للطاولة أربع قوائم، وللإنسان ساقان فقط؟) . . .إلخ.

ولهذا فإن المرحلة الأولية قد تتسم بتطور من الحالات العصابية مثل:

1 ـ الوساوس والحالات القهرية.

2 ـ إستجابات وردود أفعال هستيرية.

3 ـ حالات من الإعياء.

4 ـ توهم الأمراض. . . إلخ.

هذا بالإضافة إلى مجاميع أخرى من الأعراض القابعة وراء خلفية من الزملات الخاصة بالوهن مصحوبة بأعياء متزايد، وبحساسية مزعجة في أعضاء الجسد الداخلية. وهذه المظاهر العصابية يمكن أن تكون على درجات متباينة، منها مثلاً:

1 ـ علامات من النرفزة والسرعة في التهيج.

2 ـ ضعف عام يكون في أحيان كثيرة مسيطراً على حياة المريض.

3 ـ إسترخاء غير طبيعي.

4 ـ تناقص في الاستجابات الانفعالية والإرادية.

5 ـ فقدان واضح للحيوية.

وقد تصحب هذه المرحلة أعراض أخرى، ولا سيما الجسمية منها، مثل الصداع النصفي، وهذا أكثر الأعراض تكراراً. وكذلك يلاحظ على المريض أيضاً تصبب العرق والتعرق بصورة غير طبيعية، وأحياناً فرط

الحركة بشكل شاذ[1]. وترافق هذه الأعراض النفسية، أعراض عضوية جسدية، منها، مثلاً، الإسهال غير الطبيعي، وظهور طبقة بيضاء تعلو اللسان فتغطيه بشكل ملفت للنظر.

ومن الأهمية البالغة أيضاً الإشارة إلى بعض الأعراض الجسمية التي تصيب المريض في عاداته اليومية، ومنها على سبيل المثال:

1 ـ الأرق غير الطبيعي[2].

2 ـ النوم أثناء العمل نهاراً.

3 ـ الإمتناع عن النوم ليلاً.

يطلق على تلك الحالات اسم اضطرابات النوم، وهي تسمى كذلك من ناحية تشخيصها بعد تواتر حدوثها.

مرحلة تطور الأعراض

إن انتقال المرض من مرحلته الأولية إلى مرحلة الأعراض وتطورها، يمكن أن يكون انتقالاً بطيئاً بحيث يتعذر معه أحياناً تحديد الفواصل بينهما.

وأكثر الأعراض استحواذاً في هذا الصدد هي اضطرابات التفكير وتتبدى بوادره الاضطرابية مبكرة في المرحلة العصابية. وذهب بلولير في الرأي إلى أن الأسباب الكامنة وراء هذه الاضطرابات ترجع إلى اختلالات في العملية الارتباطية، فيطرأ هناك تفكك Looseness، وتحصل عمليات تقطع Interruption في الارتباطات العقلية، لذلك فلا يعود بمقدور

---

(1) فرط الحركة Acrocinesis: وتكون بشكل شاذ ولافت للنظر، وتلاحظ عادة على مرضى ذهان الهوس، والاكتئاب. (المترجم).

(2) الفرق بين الأرق الطبيعي والمرضي في أن الأول يكون وقتياً بسبب تغيير المكان، أو بسبب مشكلة وقتية، أو جرّاء تغيّر في نوعية الأكل؛ أما الأرق المرضي فيتأتى بسبب الخوف، أو بسبب الهوس، أو نتيجة الاكتئاب. (المترجم).

المريض الربط بين خصائص الأشياء الكائنة في بيئته: أي لا يستطيع استبانة عناصر التشابه، والتعارض أو التناقض، أو التناغم بين محتويات المحيط الذي يضم المريض. ومما يجدر تأكيده هو أن الاضطراب قد لا يظهر بكل قوته في بادىء الأمر. فالاضطراب يمكن أن يتدرج شيئاً فشيئاً، حيث يبدأ من تفكير بلا هدف أول الأمر ثم يتحول إلى تفكير فاقد لقدرته على إدراك المحسوسات، مما ينتهي بالمريض إلى الانسحاب من الواقع. فهذا التفكير الاجتراري Autistic Thinking، كما ينعته بلولير، يتصف بالنقص وعدم الاكتمال، فيصبح تفكيراً ضيقاً جداً وأحادياً One-sidedness. من نتائج هذا الضرب من التفكير الأحادي، انسحاب صاحبه عن الواقع في هذه الفترة وإصدار الأحكام العقلية المعوجة التي لا تتسم بأية حالة سوية.

وشكل آخر من أشكال التفكير الأحادي هذا، هو ما يسمى بالتفكير الرمزي، ليس بالمعنى السليم، ولكن على النحو المرضي، حيث يبدأ المريض بالنظر إلى ما حوله من أشياء وكأنها منعزلة ولا روابط تصل بينها، وكأنها ظواهر مهوشة لا يجمع بينها نظام محدد. فهي نظرة مشوهة لا شك.

وأوضح ما يصيب وحدة العمليات الارتباطية من اضطراب، هو ما يطلق عليه بعثرة التفكير[1] Fragmentation of Thinking. فيكون التفكير في حالة تشظّي وتمزّق تامّين فلا يعود قادراً على الحكم المنطقي أو الاستنباط العقلاني. ولنضرب مثلاً على ذلك حالة مريض، كان مدرّساً لمادة التاريخ، ولما سئل وهو في وضعه المرضي: ما معنى الصدق والأمانة؟ أجاب قائلاً: ما هي إلا مسمى تاريخي مجرّد، أنها شيء من العلاقات المقبولة، نجد تطبيقاً لها في الرياضيات، والجغرافية، والكيمياء، والفيزياء، وفي

(1) البعثرة في التفكير، أو الانجزاء: إضطراب يصيب (الهو) عند المرء فيمزّق التفكير والشخصية معاً حتى يفقد الفرد هويته فيستحيل إلى ظل بلا شكل ولا قوة ولا هدف. (المترجم).

مستشفيات الأمراض العقلية، وفي مصحات علاج المجانين، وفي صيانة الصحة والمحافظة عليها، وفي غير ذلك من الفئات التاريخية المجردة.

فالمثال المذكور توّاً يعكس أعراضاً خاصة عن حالة من حالات اللغة المضطربة المفككة التي تصدر عن تفكير بلا روابط ولا هدف محدد يجمع بين أطرافها؛ فهناك تفكير بلا هدف. فالروابط بين الألفاظ ضائعة، ولكن ذلك كله يبقي مسار الفكر محدداً صوب توجه لا بأس به، وإلى حد ما صحيح.

من الضرورة بمكان ملاحظة حقيقة، تلك هي أن المفردات التي يستخدمها المريض، وتشف عن هراء لا معنى فيه ولا مغزى له، هي مفردات من تعابيره ومن صياغاته اللفظية الجديدة[1] Neologisms.

فالتعابير الجديدة هذه وصياغاتها اللفظية إنما هي من خصائص التفكير الفصامي.

ولهذا فأكثر سمات التفكير المضطرب تتخذ الأنواع الآتية وتشملها:

1 ـ الانسحاب من الواقع.

2 ـ التعرض إلى المنطق الهادف.

3 ـ الإيغال في الرمزية اللاسوية.

4 ـ التخيلات الواهمة.

5 ـ تفكك الفكر وتحلّله.

وفي ذات الوقت، فإن المريض الفصامي قد يستمر قادراً على العمل الفكري والعقلي المجرد مثل: القيام بالعمليات الحسابية، ولعبة الشطرنج بشكل جيد ... إلخ.

من بين أكثر الاضطرابات النموذجية التي يتم رصدها في المرحلة الذهانية من المرض، هي الاضطرابات الانفعالية، وفيها تظهر في المجال

---

(1) الصياغات اللفظية الجديدة: هي ألفاظ كثيراً ما يلجأ إليها المرضى بالذهان الفصامي. (المترجم).

الانفعالي اضطرابات متفاوتة مفككة تحتل الواجهة الأمامية من الشخصية. ومظاهر التعبير عن ذلك تتمثل في تغير اتجاهات المريض إزاء الأقربين منه، وبخاصة أقاربه وأصدقائه والمجتمع. فكل هؤلاء تنقطع مشاعره نحوهم، بل هي مشاعر تتجمّد وتتبلّد. وحبه إلى الذين كان يحبهم يتحول كره غير مبرر، يتجلى كل ذلك عندما يكون على مقربة منهم، أما في حالة ابتعاده عنهم فأنه يستشعر لهم المودة ويعرب عن قلقه عليهم.

هذا، وإن ما يظهر من تناقض وجداني Ambivalence، على المريض، وما ينتابه من تضارب انفعالي، في حالات المرضى بالشيزوفرينيا، إنما يرجع ذلك كله إلى ما يعتمل في داخله من احتراب يقوم في نفسه بين عدة انفعالات متناحرة. فتراه وقد ظهرت على محياه تعابير السرور والانقباض في وقت واحد: فهي تعابير متزامنة، ويعزى التناقض الوجداني أيضاً إلى حدوث منبه يثير في نفس المريض في آن واحد إحساسين مختلفين وشعورين متباينين ولهما نفس القوة، ومثال ذلك الفرح المفرط والكره القاتل.

وهناك لدى المريض بالشيزوفرينيا، وهي ظاهرة قريبة من التناقض الوجداني، تلك هي ظاهرة الميل المزدوج أو الثنائي Ambitendency، فهذا يمثل ثنائية في الرغبة نحو شيء يميل إليه المريض، لكنه ميل تنقصه القدرة على الاختيار بين أحدهما.

أعراض الاضطرابات السلوكية لدى المريض في هذه المرحلة تمتد أيضاً فتؤثر في الإرادة عنده. فتراه وقد أهمل عمله، وتوانى في واجباته، واستخذى إلى الخمول، وتمضي أيام بأكملها وهو في حالة إباء للطعام فلا يأكل، وفي بادىء الأمر، في المرحلة المبكرة لا ينال هذا الخفض والاختزال جميع اهتماماته، غير أنه في النهاية سرعان ما يؤثر على جميع سلوكه. فيستلقي المريض في فراشه أياماً بلياليها ولا يغادره، ويبدأ بتقبل

الطعام ولكن بإلحاح من الآخرين. تلك هي بعض الاضطرابات التي تصيب إرادة المريض.

كان بلولير ينسب دوراً فعالاً إلى ما أسماه الانشغال بالذات[1] Autism، واعتبره ظاهرة تنتاب البنية التكوينية للنفس Psyche عند المريض الفصامي. فينسحب إلى داخل ذاته ويتقوقع فيها، ولا يعير اهتماماً إلى الواقع من حوله. يرتبط، الانسحاب إلى داخل الذات والانشغال بها دون سواها، بسوء الاتجاه نحو المكونات البيئية التي تلف المريض وتحيط به من كل جانب. فتترتب على ذلك السلبية Negativism: وهو اتجاه سلبي لدى المريض يكون موجهاً إلى كل شخص يريد التقرب منه وإقامة علاقات اجتماعية طبيعية معه.

وتستتلي السلبية تحت ظلها عادات سلوكية سيئة تخص المريض نفسه كإهمال نظافته، ويظهر ذلك عليه أحياناً بأن يغطي رأسه دائماً بغطاء دائم دونما مناسبة لأنه واقع تحت سيطرة استحواذية.

وتتخذ الأعراض أحياناً لدى بعض مرضى الفصام، شكل حركات متميعة، أو شكل وقفات متجمدة متخشبة، فيبقى المريض ساعات واقفاً وقفة نمطية لا إرادية فلا يغيرها، وتسمى في التشخيص العلاجي: حالة الذهول الخشبي Catatonic Stupor.

وفي حالات أخرى، يكون المريض تحت وطأة حركات إستحواذية مختلفة، من ذلك مثلاً يجلس المريض ويهتزّ جسمه اهتزازات رتيبة لا إرادية إلى الأمام والخلف، أو من إحدى الجهتين إلى الأخرى، ويبقى ساعات على هذا المنوال. وقد يقفز أحياناً قفزات إلى أعلى وأسفل دونما سبب.

---

(1) الانشغال بالذات: مصطلح استخدمه بلولير، ويقصد به أن المريض بالفصام ينشغل بدواخله بشكل تسلطي واستحواذي، فلا يعود يهتم بالعالم الخارجي. (المترجم).

إن الهيجان الحركي الفصامي بركاني الطبيعة، ينفجر أحياناً من غير سبب واضح في البيئة يؤدي به إلى التهيج اللامبرر.

كما أن الأعراض المتنافرة، وغير المستقرة، تشتمل أيضاً على ظواهر من الحركة الذاتية النفسية. فهي حركات نفسية داخلية تنفجر بلا مقدمات تسبقها. وفي هذه الحالة يحس المريض وكأن كل العمليات النفسية في داخله، غريبة عليه، فكأنها خارج كيانه، يشعر وكأن نفسه حلبة صراع تحتدم فيه قوى خارج ذاته، وبالتالي تغمره هو وذاته. إذ يستشعر المريض وكأن كلامه وحركته لم يعودا طوع إرادته أو تحت سيطرته، بل كأنهما تمليان عليه من خارج نفسه. يبدو المريض وكأن شخصيته قد جرّدت من خصائصها وهويتها، فيحس المريض نفسه غريباً عن: ذاته، ووجهه، وصوته، وجسده.

قصارى القول، إن المريض يصبح غريباً عن كل شيء وغريباً عليه كل شيء: أي أنه يحس بالغربة الذاتية وبالاغتراب Alienation. فيشعر كأن الأفكار أقحمت في عقله، أو أنها صودرت منه.

يشعر المريض بالشيزوفرينيا أحياناً، أنه ثنائي المنحى والإتجاه، إذ يحس ثنائية Duality، في داخله. فأحد المرضى، مثلاً، قال إنّه يحس بأنه في آن واحد: مدرّس موسيقى وامرأة متخصصّة بالطب النفسي: أي كأنه أيضاً الطبيبة النفسانية، التي كانت تعالجه.

مريض آخر أيضاً عبّر عن النزعة الثنائية في داخله، بقوله: إنه كان يحس كأنه في المستشفى وأنه في مكان آخر لا يدريه، في آن واحد متزامن. ولو سألته: هل لك أن تحدد المكان الآخر هذا؟ فإنه يجيبك بقوله مسرح، أو سجن! كما أنه يشكو أحياناً من هلوسات في جسده مزدوجة،

فكأن يذكر مثلاً، أنه يحس باحتراق في داخله ومعه قرقعة في جسمه متنقلة.

والهلوسات في مثل هذه الحالات تلازم المرضى بنوعيها، الهلوسات المرضية فعلاً والهلوسات الكاذبة. الهلوسات المصاحبة لحالتهم المرضية والتي مصدرها حواسهم الخمس، ويذكرون أحياناً أنهم يتلقون أوامر من خارجهم تأمرهم أن يفعلوا هذا وأن يمتنعوا عن عمل ذاك... إلخ.

ومن الأعراض الأخرى التي تلازم مرضى الفصام، الأوهام ومنها، الأوهام الاسنادية والأوهام الإضطهادية... إلخ.

هناك أنواع شتى من الفصام، منها مثلاً:

1 ـ الفصام البسيط **Simple Schizophrenia**:

تظهر في واجهة هذا النوع من المرض اضطرابات إنفعالية وإرادية، وتكون مصحوبة بشيء قليل من التدهور العقلي. والانتقال فيه من الحالة أو المرحلية الأولية إلى المرحلة المتطورة منه لا يلحظها إلا أفراد أُسرة المريض. وإذا بدأ المرض في مرحلة المراهقة مثلاً، فإنه تبدو على المريض حالات الكسل الدائم، التبلد الانفعالي، والتبلد الوجداني والعاطفي: وكل ذلك دليل تدهور في الشخصية.

2 ـ نمط الفصام الهيبفريني[1] **Hebephrenic Schizophrenia**:

هذا النوع من الفصام يمكن أيضاً أن يبدأ في مرحلة المراهقة، لكنه

(1) مرّ التعليق عليه في هوامش الفصل الخامس. (المترجم).

يبدأ أحياناً في سن (25) من العمر. ويختلف عن النوع البسيط من الفصام، في أنه يكون حاداً في بداياته.

من علامات الفصام الهيبفريني أنه اضطراب يصيب الناحية الارتبطاية من العقل، الإيغال في صياغات لفظية خاصة بالمريض، قد لا تكون ذات معنى في معظم الأحيان، رغبة المريض في الإسهاب في الجدل لأية مناسبة وبلا مبرر.

3 ـ نمط الفصام التخشبي **Catatonic Schizophrenia**:

إن مرض الشيزوفرينيا وإن كان انتشاره يكثر في الأعمار فيما بين (20 ـ 30) في الأعم، لكن حالات منه تمت ملاحظتها في أعمار متأخرة عن تلك الأعمار الباكرة، من ذلك، مثلاً، إنه يظهر في سن اليأس Menopause. وأن الانتقال من مرحلة الأعراض العصابية إلى المرحلة التخشبية يكون، كقاعدة مطردة، إنتقالاً سريعاً. كما أن سمات الأعراض إبّان المرحلة الأولية تكون واضحة المعالم، ومنها، مثلاً:

1 ـ تزايد القلق.
2 ـ بعض أنواع المخاوف.
3 ـ هلوسات سمعية.
4 ـ خوف من تهديد وهمي.
5 ـ أوامر وهمية تصدر إليه.
6 ـ هلوسات اضطرارية الزامية.
7 ـ أوهام اضطهادية.

وفي أغلب الأحيان يكون الفصام التخشبي مصحوباً باتخاذ المريض أوضاعاً جسمية محددة، ثابتة، جامدة، وبأشكال مختلفة، منها مثلاً، ما

يسمى بوضع الذهول التام، وفيه يضع المريض، مثلاً، يديه على الوسادة بشكل متشنج، وكفاه متقبضتان، ويبقى على هذه الحالة المستنفرة لمدة ساعات، ويطلق على حالات كهذا العرض النفسي الوسائدي[1] The Psychic Pillow Symptom.

في الوضع الذي يكون عليه المريض، في حالة الذهول التخشبي، يكف عادة عن الكلام، ولا يجيب على الأسئلة التي توجه إليه، وربما يتمتم بشفاهه ألفاظاً لا يُفهم لها معنى.

وفي حالة الذهول التخشبي يمكن أن يتخذ المريض وضعاً جسمياً غريباً، ويبقى على الشاكلة التي يعتادها ساعات بتمامها، وتسمى مثل وضعيته التي يتخذها، حالة الوضع الغريب The Bizarre Posture الفصامي.

4 ـ الفصام الإضطهادي Paranoid Schizophrenia:

شأن هذا الضرب من الفصام شأن النوع البسيط منه، والذي سبق ذكره، إذ يتصف بالتطور البطيء والتدريجي. والمريض في هذه الحالة تجده يشكو من ظلم البيئة ومن فيها. فهو تطارده أفكار وهمية بأن الآخرين يكيدون له، ويسميهم الحاسدين، والحاقدين، والكارهين. وعندما تسأله: كيف عرف ذلك، يجيبك أنه عرفهم وعرف تربصهم به من حركاتهم، ومن إشاراتهم، ومن تلميحاتهم!

لذلك ترى المريض يصم أذنيه بيديه، اتقاء هلوسات تداهمه كل حين، ويبقى ذاهلاً، في الصورة الآتية هذه

(1) الوسائدي، نسبة إلى وسادة، وآمل أن يتاح هناك مصطلح يفضل هذا المصطلح الحالي، ولكل مجتهد في العلم أجره عند الله سبحانه. (المترجم).



في الصورة وضع مريض بالفصام الإضطهادي.

5ـ الفصام الدوري **Circular Schizophrenia**:

الفصام الدوري أو الدائري، كما يسمى أحياناً، نوع من أنواع الفصام المتعددة في أشكالها ونواحي ظهورها، ويسمى هكذا لأنه يتخذ شكل مناوبة متبادلة يبدو مرة على شكل زملات هوسية، ويظهر مرات على صورة حالات اكتئابية. وفي كل فترة من الفترات التي يمر بها المريض تعقبها حالة تحسن ظاهري.

6 ـ من أنواع الفصام العامة الأخرى، نوع يسمى: فصام التبلد الإنفعالي :Emotional Dullness Schizophrenia

في هذا النوع من الفصام تكلّ الإرادة وتضعف، ويصيبها الوهن. المرض في هذه الحالة لا يعرف بسهولة، ولكن يعرفه جيداً فقط أولئك الذين هم على صلة دائمة بالمريض كالأهل، والأقرباء، أو زملاء العمل.

والأمثلة على هذا كثيرة: فالأبوان مثلا، يمكن أن يلحظا على ابنتهما أو ابنهما، وقد أصبح الواحد منهما عديم الإحساس، لا يكترث لشؤون الأسرة، مهملاً، خالياً من روح المبادرة.

مثل تلك الحالات يمكن أن يعقبها تحسن، وقد تستمر فترة طويلة. لكن فترات التحسن قد يتبعها إنتكاس مرضي.

والخشية في هذه الحالات، هي أن تصبح الحالة مستعصية، إذ تتحول إلى فصام دائم، وقد يترتب على ذلك أشكال وصور شتى، منها مثلاً:

(أ) زملة أو عرض العجز الإرادي وفتور الشعور[1] Apathetic-Abulic Syndrome:

ومن أعراضها المتطرفة، الكسل المفرط، التدهور الإنفعالي، فقدان الاهتمامات، عدم القدرة على التعبير عن الأماني والرغبات... إلخ.

(ب) زملة أو عرض الضعف العقلي Hebephrenic Syndrome:

ويتسم بعدم انتظام الكلام، ابتداع صياغات لفظية غير مألوفة، سلوك سخيف، غرابة في الأطوار.

(ج) زملة أو العرض التخشبي Catatonic Syndrome:

وهذا العرض هو أغلب هذه الأعراض انتشاراً. ويتصف بذهول

(1) فتور الشعور أو الملل، أو اللامبالاة، وكلها عوارض مانعة للنشاط:
(أ) لدى الفرد، نتيجة المرض النفسي. (المترجم).
(ب) العجز الإرادي Abulia يتأتى بسبب مرض نفسي مزمن فتتعطل الإرادة، وقد يكون السبب صدمة نفسية. (المترجم).

تخشبي، وإطباق عن الكلام كأنه أخرس، وسلبية ذاهلة. ولسوء حظ المريض أنه يبقى أحياناً راقداً في فراشه لمدة سنين بأكملها، متخذاً شكلاً متكوراً، كما هي حالة الجنين قبل ولادته.

(د) العرض البارانوي **Paranoic Symptom**:

من أكثر أعراضه انتشاراً هو تقوقع المريض داخل ذاته. ويصبح المريض آلفاً لأوهامه وهلوساته.

(هـ) الاضطرابات الجسمية **Somatic Disorders**:

تتمثل في هذه المرحلة زيادة الاضطرابات الجسدية بشكل مضخم، فعندما يزداد الوزن، ويترهل الجسم، ويكثر الشحم في الجسم بشكل لافت للنظر، فإن ذلك يدل على انتقال المرض من المرحلة الأولية إلى المرحلة المزمنة.

التشخيص الفارق[1]

إن الصعوبات التي تتم مواجهتها في تشخيص الفصام ليس واحدة وليست موحدة في جميع مراحل المرض المختلفة ولا من جميع نواحيه. فالمرض يجب تشخيصه في مراحله الأولى. والصعوبة في الخطأ التشخيصي المبكر يتمثل في التخوف من الخلط من حيث التشخيص بين العُصابات الاعتيادية من جهة، وبين الحالات السيكوباتية من ناحية أخرى. لذلك فإن المعيار الواجب الأخذ به في التشخيص، إذن، هو استقلال الحالات العصابية وعزلها عن أي حالة داخلية وعن أي عامل من العوامل الأخرى.

(1) التشخيص الفارق Differential Diagnosis، يقصد به التمييز بين مرضين متماثلين، ويتم ذلك باكتشاف العرض الذي يتسم به أحدهما أكثر من الثاني. (المترجم).

وعامل آخر مهم تجدر مراعاته، هو الاستعداد العقلي لمرض الفصام، والذي تتبدى مظاهره في القلق المباغت وفي الملنخوليا، أو ظهور انفعالات طارئة. تلازم ذلك كله أفكار إستحواذية، وحالات حصرية.

وهناك، خاصة في المرحلة الأولية، تطرأ تغيرات على البنية الجسدية، من ذلك مثلاً:

1 ـ زيادة الوزن، أو انخفاض فيه.
2 ـ حصول تغيرات غير طبيعية في الجهاز العصبي للحياة النامية Vegetative Nervous System، أو الجهاز العصبي المستقل، كما هو معروف بهذا الاسم دائماً.
3 ـ اضطرابات في عملية الأيض[1] Metabolic Disorders.

لا شك أن اكتشاف هذه الاضطرابات الجسمية وأَضْرابها يتطلب فحصاً شاملاً لحالة المريض الجسدية.

بيد أنه يجب التحفظ من تفسير أي نوع من أنواع الزملات العصابية على أنها مظاهر فصامية. وأن التشخيص الفارق يواجه صعوبات ليست بالهينة في هذه الحالات.

وصعوبة مماثلة أخرى في التشخيص تتمثل في التمييز بين الذهول الردي وبين نمط الفصام التخشبي، الذي يلزم المشخّص أن يتبع نفس المعايير في التشخيص.

ونظراً لتداخل الأمراض العقلية والنفسية فيما بينها، لذلك فقد تحقق، خلال الثلاثين عاماً المنصرمة، نجاح لا بأس به، ولكن بعد جهود مضنية،

(1) الأيض: يعني عملية الهدم والبناء في الجسم. (المترجم).

وهذا النجاح المتحقق كان يرمي إلى إيجاد وسائل علاجية فعالة، لتخطي الخلط في التشخيص والتغلب على ما يعترضه من مصاعب جمة.

وتتمثل النجاحات التي تحققت في القدرة على التشخيص من ناحية، ومن ناحية أخرى، في تصنيع العقاقير الخاصة بالأمراض النفسية على نطاق واسع.

الفصل السابع

الذهان الاكتئابي - الهوسي

- المرحلة الهوسية
- المرحلة الاكتئابية
- التشخيص الفارق

الفصل السابع

الذهان الإكتئابي - الهوسي

الذهان الإكتئابي - الهوسي، أو (الجنون الدوري) Cyclothemia[1]، أو (الذهان الدوري والدائري) Circular Psychosis، كما يسمى أحياناً، يعد، نسبياً، من الإضطرابات العقلية النادرة. وكان (كرابلين) أول من وصفه فأطلق عليه تعبير وحدة تصنيف الأمراض المستقلة: Independent Nosological Unit. فهو مرض يتسم بالدورية في مجراه، وهو يخلو من أي عطب عضوي في الدماغ يصاحبه، كما أنه يتصف بعد الشفاء بالعودة التامة إلى الحالة الطبيعية، والعودة إلى الشفاء هذه تلي عادة حالة المرض الطارئة التي تكون قد ألمّت بالفرد.

الذهان الإكتئابي الهوسي ينشأ ويتطور بصورة أساسية في عمر مبكر، ويتم اكتشافه في العيادات عادة على شكل مظاهر هوسية واكتئابية.

المرحلة الهوسية

إنّ أبرز عرض رئيسي يظهر إبّان المرحلة الهوسية، هو حالة من النشوة، والحبور، والزهو. يمرّ المريض خلالها بتجربة من الحيوية الدفّاقة، وبشعور من الروح الوثابة، وكل ما يصادفه من متناقضات الحياة، فلا تؤثر فيه. فلا يضطرب، وأي إزعاج أو إساءة يتعرض لهما، لا يعيشان معه لفترة

(1) الجنون الدوري Cyclophrenia, Cyclothymia: إضطراب عقلي تتناوب المصاب به حالات من الهياج والاكتئاب. (المترجم).

طويلة. وتتسم هذه المرحلة أيضاً بتتابع الصور العقلية لدى المريض وازدحام مخيلته بها. ويكون كلامه خلال الفترة هذه سريعاً بشكل غير مألوف، بيد أنه غير مترابط بصورة منتظمة، حيث تتخلله قفزات يتحول فيها من فكرة إلى أخرى دونما حاجة تستدعي ذلك، وتجده سرعان ما يتشتت فكره. وفي حالات واضحة تتبين لدى المريض هروب الأفكار: Flight of Ideas، أو شرود الأفكار[1] Fugue Idearum. هذا، وأن طغيان الصور Images العقلية يؤثر في الغالب على قابلية التركيز عند المريض، مما يجعله في حالة سلوك غير مستقر، فيترتب على ذلك ميل كاسح إلى سرعة تغيير أنواع العمل والتنقل من عمل إلى آخر دون إتمام أي واحد منها.

وتلاحظ آثار الإضطراب ظاهرة أيضاً في مجال الحركات الجسمية الظاهرية، إذ تبدو أعراض المرض واضحة. فلا يبدو على المريض الكلل، ولا يظهر عليه الملل، إذ تسمعه وهو يتكلم لساعات كاملة دون إنقطاع، يمشي هنا وهناك باستمرار واندفاع، وتراه أحياناً يرقص وحده بلا مناسبة، وتلاحظه وهو يحول الأشياء من مكان إلى مكان آخر من سبب دون معقول يدعو إلى ذلك.

يلاحظ على حركاته أنها سريعة ومضطربة. وأن اضطرابه يمكن أن يتحول إلى درجة حادة غير مألوفة من قبل، ومع هذا قد لا تبدو كلها سخيفة، وربما تتسم بشيء من النزعة الفرضية.

---

(1) الشرود Fugue: حالة من النسيان قد تقع مبكرة، وقد تأتي متأخرة، وتطرأ أحياناً بين تلاميذ المدارس الداخلية، وتحصل أحياناً لدى المجندين الذين يتعرضون لصدمات القنابل. وحين تشتد وطأته على الفرد ويتحول إلى مرض حاد أو مزمن، يتخذ أشكالاً شتى منها مثلاً:
(أ) شرود اكتئابي.
(ب) شرود صرعي.
(ج) شرود هستيري... إلخ. (المترجم).

ونتيجة لهذه الخصائص النفسية الإكتئابية فقد تتطور لدى المريض أفكار شبيهة بالأفكار الهذيانية تتركز كلها حول اعتبار الذات وأهميتها Self-importance. وأفكار أهمية الذات هذه تكون عادة مبالغاً فيها. وأشخاص من هذا الطراز تجدهم في الغالب يبالغون في ارتفاع مستوى قواهم الجسمية، وقدراتهم العقلية؛ فترى المرأة المريضة مثلاً تغالي بجمالها، والرجل المريض يبالغ في فتوته الرياضية... إلخ. فالأشخاص من هذا النمط تسمعهم يتحدثون عن مهاراتهم في الأدب والفن وغير ذلك ولا يترددون عن عرض مهاراتهم، إذا اقتضت الحال، على من يطلبها منهم.

والمظهر الآخر من مظاهر الأفكار المبينة على الأوهام، والآراء الوهمية لدى هؤلاء المرضى الاكتئابيين الهوسيين، هي عدم إستقرارهم على حال: لذلك فحينما تستجوب المريض حول أفكاره هذه، فلا تجده يصر عليها، بل ولعله يهجرها فلا يتمسك بها.

المرحلة الإكتئابية

تتصف المرحلة الإكتئابية بأعراض هي، تماماً على النقيض من تلك التي تتصف بها مرحلة الهوس. وأبرز ما يلاحظ فيها من أعراض هي حالات اكتئاب يكاد يشل النشاط العقلي. وما يبدو على المريض هو إبتئاس ظاهر وانحسار في المزاج: وذانك عرضان نموذجيان في مثل هذا الموقف من المرض، ويصحب ذلك أيضاً نوبات حزن، ويسود حياة المريض قلق يستحوذ عليه. وفي الحالة التي يكون المريض في حالة إحساس بالحزن، فإنه يبدأ يشكو من ثقل يحيط بالقلب Heaviness About The Heart. أما الإحساس بالقلق فإنه يكون أقل حدة، ويرتبط عادة بمجرد الخوف الخفيف من اقتراب النوبات القلبية وحسب، لكنه يكون أشد في الحالات الإكتئابية ومرحلتها، وأكثر ما يظهر عند التقدم في العمر.

والمظهر الخارجي للمريض يتسم بدلائل وإشارات لها معالمها. من ذلك مثلاً:

1 ـ الوجه يحمل إنطباعاً يوحي بالخبرات الكاربة.

2 ـ جملة من تعابير القلق الذي يشير إلى توقّع المحذور.

3 ـ حزن عميق وأسى وقد حفرا في الوجه أخاديد.

في هذه المرحلة يتناقص تيار الأفكار، إلى حد يبلغ بالمريض العزوف عن الكلام عن ماضي ذكرياته وسابق خبراته، فكأنه في حالة إطباق عن الكلام، ولذلك فلا يجب أن يتحدث عن مرضه.

تتزامن مع ذلك كله درجات متفاوتة من الكف الحركي Motor Inhibition، فلا يعود المريض قادراً على الحركة بيسر وسهولة، ولا يتكلم أو يرد على ما يوجه إليه من أسئلة إلا بصعوبة بالغة. يصبح الكف أحياناً حاداً يتعذر على المريض معه القيام بشؤونه الخاصة، فيغدو عاجزاً مثلاً عن النهوض بنفسه من فراشه، ولا يقدر على غسل وجهه حتى، أو الاغتسال بوجه عام، ولا يستطيع تناول طعامه بنفسه، وهذه حالة يطلق عليها اسم الذهول الإكتئابي Depressive Stupor.

بيد أن الكف الحركي قد لا يكون له أثر في هذه المرحلة. ولعل أعراضاً أخرى معاكسة تحل محله، فمن ذلك مثلاً حالات من الهياج، والتلوي، والركض غير الهادف من جهة إلى أخرى، والصراخ، ولطم الوجه باليدين، ونتف شعر الرأس، والبكاء، واليأس، ومحاولات الانتحار.

أضف إلى ما تقدم، فإن هذه المرحلة ربما تصحبها أعراض من الأوهام المتعلقة بحالات منها:

1 ـ احتقار الذات Self-abasement.

2 ـ دينونة (إتهام) الذات Self-accusation.

مثل هذه الحالات كثيراً ما تلاحظ على المريض، وهي حالات تنم عن إحساس بالنقص، وشعور بالذنب. وبعض المرضى في هذه المرحلة الإكتئابية يشكون من النضوب العاطفي إزاء أقاربهم وذويهم، فهم لذلك يختلفون عن الفصاميين في هذه الحالة المرضية.

الوساوس والاستحواذات لا يمكن استبعاد وجودها في المرحلة الإكتئابية هذه أيضاً.

وفي سياق أوهامه هذه، وفي غمرة وساوسه واستحواذاته، وبما هو فيه من وطأة استعداداته المرضية، لذلك كله يطفق المريض يعتبر نفسه عالة على المجتمع، ويعد نفسه عبئاً على أسرته، ولهذا فإنه ينظر إلى الحياة بعين خابية، فيعتبرها تافهة. ولهذا، فإنه كثيراً ما يكون مسكوناً بفكرة الانتحار، وربما يحاوله.

والمرض خلال دوراته المتكررة، وجد أنه في (80٪) منه يمكن أن يعاود المريض ويتكرر خلال الحياة. وهذه النسبة تحصل في المرحلة الإكتئابية. أما بالنسبة للمرحلة الهوسية فقد وجد أن (10٪) فقط من الحالات تتكرر ثانية وتظهر.

التشخيص الفارق[1]

من أجل ترسيخ تشخيص يعتمد عليه ويرتكن إليه، فمن الضرورة بمكان تمييز هذا الذهان عن غيره من الأمراض العقلية التي تتسم هي الأخرى أيضاً بسمة الدورية والتكرار. فعلى النقيض من مرض الفصام (الشيزوفرينيا)، نجد أن الشحنة الإنفعالية في حالة الذهان الإكتئابي -

(1) التشخيص الفارق Differential Diagnosis: هو التشخيص الذي يركز على التمييز بين مرضين متشابهين في الأعراض ويختلفان في الأسباب وفي السمات لكل منهما. (المترجم).

الهوسي، تبقى هناك محتفظة بقوة زخمها، بل إنها تزداد حدة. أضف إلى ذلك، يجد المعالج بعد التشخيص، أنه في الفصام الدوري توجد هناك حالة يمكن أن تبلغ مستوىً من الشفاء تماماً أو ما يقرب منه. أي أنه يشفى تواً أو أقرب إلى ذلك، ولا تكون فيه هناك فترات مترجرجة متأرجحة.

وفي حالة التمييز بين الأوضاع الهوسية والإكتئابية من جهة، وبينهما وبين الشلل المتنامي من جهة أخرى يمكن التشخيص بسهولة، ذلك أنه في حالة الشلل هذا يكون ثمة عطب قد أصاب المخ.

وفي أحايين أخرى يصعب جداً التمييز بين مراحل الذهان الإكتئابي الهوسي وبين الذهانات الدورية التي ترتبط عادة بالصدمات والكدمات الجمجمية والمقترنة أيضاً بالتهاب السحايا الدماغية. فهذه الإلتهابات الأخيرة غالباً ما تكون مصحوبة بتدهور خطير يصيب الشعور من حياة الإنسان. لذلك يجب البحث في هذه الحالة عن الحالات القديمة للشخص وعن تاريخ مرضه للتأكد مما إذا كان قد تعرض في الماضي لعطب أو صدمة دماغية وذلك من خلال دراسة البيانات التي يجب توفرها عن طريق التخطيط الدماغي. وفي حالة الذهانات الدورية، يجدر أن يؤخذ في الحسبان، طبيعة النوبات Attacks، إذ تكون عادة قصيرة الأمد جداً، فهي لا تستمر أكثر من عدة ساعات، وفي أقصى الحالات لمدة أيام قلائل.

ونظراً إلى أن الحالة الإكتئابية يمكن أن تعزى إلى مؤثرات نفسية[1] - عضوية أو نفسية المنشأ فقط، لذا يتعين على الطبيب أن يميز هذا المرض، عن المرحلة الإكتئابية الناشئة عن الذهان الدوري. ويجب التذكر

---

(1) الحساسية النفسية Psycho-allergy: هي حساسية الشخص المريض نفسياً لبعض الألفاظ التي يسمعها أو بعض المواقف والأفكار أو الناس. (المترجم).

في مثل هذه الحالات أن محتوى خبرات المريض وماضي ذكرياته لا يعكس عادة خلال المرحلة الإكتابية ما يشير إلى الموقف الصدمي وما كان تعرض له فيما مضى من صدمات؛ وهذا تماماً عكس ما هو عليه المريض في حالة الإكتئاب المردّي حيث ينفس فيه عن سابق خبراته التي كانت تسبيت في حالته المرضية.

في حالات الجنون الدوري، تختلط تقلبات المريض المزاجية الكثيرة عادة بالحالات العصابية، وبالأعراض الإكتئابية، إذ قد يتداخل الأمر، مثلاً، مع الوهن العصبي ومظاهر الإعياء الذي يعزى إلى فرط التوتر[1] Over strain. الدورة التي تستغرقها التقلبات المزاجية تساعد على التمييز بين الجنون الدوري وما يحدث من عُصابات.

لذلك فإن علاج المرضى يعتمد على جملة إجراءات، منها، مثلاً:

1 - سرعة إدخال المريض المستشفى في وقت مبكر.
2 - في الغالب قد يقاوم المريض فكرة إدخاله المستشفى ولكن مداراة الموقف بالحكمة تسهّل المهمة.
3 - تشخيص فترة المريض، وكلما كان العلاج أبكر، كانت النتائج أسرع.
4 - دقة التشخيص من أجل التمييز بين أنواع الأمراض، فهذا جانب بالغ الأهمية.
5 - تختلف أساليب العلاج، فمنها ما يتم بالإيحاء الموجه، ومنها ما يستدعي وصفات من العقار ولكن حسب معرفة الطبيب، وتقديره، وبإشرافه.

(1) فرط التوتر أو الإجهاد يأتي نتيجة الإجهاد العضلي الطويل الأمد، وهو يختلف عن التوتر المرضي Tension الذي يسببه صراع داخلي عند الفرد. (المترجم).

الفصل الثامن

ذهانات الخرف المبكر والمتاخر

- ذهانات الخرف المبكر
- الملنخوليا الانتكاسية والخرف المبكر
- حالة الخرف المبكر البارانوي
- خبال الخرف المتأخر
- مرض الزهايمرالفصل الثامن

الفصل الثامن

ذهانات الخرف المبكر والمتاخر

ذهانات الخرف المبكر

كان كرابلين أول من وصف ذهانات الخرف المبكر، وصنفها، ومن ثم سماها بهذه التسمية التي هي عليها الآن، حيث أطلق عليها سمة ذهانات الخرف المبكر والخرف المتأخر. ولتحديد مصطلحه هذا، ولتحديد ما ذهب إليه، فقد صاغ المصطلح الذي أصبح فيما بعد شائعاً ومتداولاً، ألا وهو (ذهان الخرف المبكر Presenile Psychosis)، وأراد به أن يشمل تلك الفئة من الناس الذين هم في الفترة الحرجة من نموهم من حيث الأعمار الواقعة فيما بين (45 ـ 55[1]). وقد ذهب كثير من المختصين بالطب النفسي، وهم محقون فيما ذهبوا إليه، إلى أن المفهوم الإكلنيكي لمصطلح ذهان الخرف المبكر إنما هو مصطلح عام وموسع، إذ هو يشتمل على:

1 ـ أمراض منفصلة عن الذهان فقط،

2 ـ الفصام المتأخر،

3 ـ الفصام الإنتكاسي،

4 ـ الذهان الإكتئابي ـ الهوسي،

5 ـ الإستجابات الهستيرية الردية،

(1) بعض الباحثين يحدد هذه الفترة فيما بين (40 ـ 60) من العمر. (المترجم).

6 ـ أنواع أخرى ومن ضروب مختلفة مثل تصلب الشرايين الدماغية[1] Cerebral Arteriosclerosis.

الملنخوليا الإنتكسابية أو الخرف المبكر

إن الصورة الإكلينيكية لملنخوليا الخرف المبكر تشبه في كثير من مظاهرها تلك الصورة التي يكون عليها الذهان الدوري في مرحلته الإكتئابية. ففي الخرف المبكر الملنخولي تظهر هناك في الواجهة حالة إكتئاب مع إحساس بالحزن والقلق. ولكن لكي يتم التمييز بين المرحلة الإكتئابية للذهان الإكتئابي ـ الهوسي وبين حالة القلق المترتب على الملنخوليا الإنتكاسية، ينبغي أن نذكر هنا أن هذا المرض الأخير يكون في الغالب هو العرض المرضي السائد الذي يسيطر على حياة المريض، ويتصف عادة بالخوف، وهواجس مستحوذة مبنية، وبلا مبرر، على ما سيقع من محذورات ومن سوء طالع مرتقب يأتي في أعقابه بالموت للمريض، ولأطفاله، ولأقربائه. لذلك نجد المريض يلتمس العون والمساعدة من أجل الخلاص مما هو فيه، أو يطلب إخراجه من المستشفى، وإذا تعذر ذلك، فإنه يصر على أن تقدم له سلطات المستشفى البرهان بأن عائلته بخير ولم يمسسهم سوء.

يرى كثير من المعنيين بهذا المرض والمهتمين به، أنه لا يكون مصحوباً بتعطل يذكر في الجهاز الحركي، بيد أن الحقيقة هي أنه في حالات محددة، كثيراً ما يصيب الاضطراب الجهاز الحركي عند المريض. وهناك من الشواهد الكثيرة مما يشير إلى إصابة الجهاز الحركي في هذه الحالة بعطل وإنتكاس. وهي حالات ترى المريض فيها قعيد الفراش، أو

---

(1) تصلب الشرايين، ولا سيما شرايين الدماغ، فيترتب عليه إتلاف أنسجة المخ وفقدان الذاكرة، وعدم القدرة على التركيز في الانتباه وتفكك في شخصية المريض ككل (المترجم).

ملازماً الجلوس، ولا يرد على ما يوجه إليه من أسئلة إلاّ بجهد جهيد، وإذا ما تحرك، تحرك ببطء وصعوبة. والصورة الإكلينيكية لهذا الذهان تنطوي في الغالب أيضاً على أفكار وهمية تتعلق بجملة جوانب منها، مثلاً:

1 ـ الإحساس بالذنب Guilt Feeling.

2 ـ دينونة الذات Self-accusation.

3 ـ الشعور بالخطيئة Sin.

فتسمع المرضى يرددون بإصرار بأنهم قتلوا عوائلهم عن طريق الإهمال. فتراهم يستعيدون ذكريات الماضي ويضخمونها فيجعلون منها جرائم فظيعة بشعة، وهم لذلك، من وجهة نظرهم، يستحقون أقسى العقاب.

يتخذ مرض الملنخوليا المبكر عدة مظاهر. فهو في بعض الأحيان وفي بعض الحالات ينتهي الإكتئاب فيه خلال ستة شهور، أو في غضون تسعة شهور، وعلى الأكثر تنقضي فترته في مدة اثني عشر شهراً؛ وفي حالات أخرى يطول أمد المرض ويكون مصحوباً باضطرابات انفعالية، وتدهورات في القوى العقلية، وتقترن به أوهام ثابتة تلازم الفرد المريض.

حالة الخرف المبكر البارانوي

هذا النوع من الإضطراب النفسي يتخذ لنفسه بخاصة وبصفة أساسية مجرى بطيئاً عادة، وفي بداياته يتزامن في الغالب مع بعض الرجات أو الكدمات أو الصدمات النفسية ـ العضوية. ويكون المرض مصحوباً أيضاً بأفكار واهمة تختلف من حيث موضوعها ومن حيث مسبباتها، ولكنها تكون ذات أسباب ضيقة النطاق، وفي الغالب تكون أوهاماً تدور حول مشكلات خاصة ببيئة المريض ومحيطه، ومنها أفكار وهمية تعلق بالغيرة، وبالإحساس بالإضطهاد. وأكثر ما تكون أوهام المريض معبرة عن حقده تجاه الآخرين،

فتراه ينفر من الناس في الشارع، وتراه يعاود إغلاق الباب بإحكام وذلك لأنه ينطلق في سلوكه هذا من الشك الناشب في أعماق نفسه.

وكثيراً ما تتعلق أوهام هذا المرض بالروابط الزوجية، ويكون موضوعها العلائق المشوبة بين الزوجين. فالزوجة مثلاً تعزو إعراض زوجها عنها وعدم اهتمامه الكبير بها إلى علاقته بأمرة أخرى غيرها. فيدفعها وهمها هذا إلى تسقط أخباره، وتنبع آثاره، لعلها تقع على ما يؤكد أوهامها، وهي ترمي من وراء ذلك كله إلى التشنيع به وفضحه، إرضاءً لنوازعها الواهمة. وأكثر ما تتجلى سلوكيات كهذه في دوافع الغيرة التي يتضخم حجمها فيتذرع المريض الواهم بأنه مهدد بالتسميم، وبالقتل، وبالإضطهاد المستمر.

يلاحظ على الذين يعانون من حالات الخرف المبكر البارانوي، اتساع نطاق الأوهام التي يقاسونها، ولا يقتصر الأمر على حدود الأوهام الواسعة، بل أن الأوهام هذه تكون شاملة لتمتد إلى أنماط سلوكية أخرى. فبعض المرضى مثلاً ينسحبون إلى دواخل ذواتهم فيتقوقعون، وغيرهم يتنبذون بعيداً فتراهم كل ما هو اجتماعي يعتزلون، وآخرون غير هؤلاء وأولئك إلى عدوانيين يتحولون، لذلك يلاحظ عليهم أنهم يدافعون عما يهمهم من اهتمامات بروح عدوانية شرسة، وغير هؤلاء جميعاً يكون هناك بعض المرضى يتهمون الآخرين بأنهم يلاحقون زوجاتهم، وهي اتهامات مصدرها الأوهام المتخيلة، وبعضهم يسجلون أخباراً لدى السلطات ضد أعداء مزعومين.

ترافق هذا المرض حالات تخشبية[1] Catatonic States وأكثر ما

(1) التخشب Catonia: يترجمه بعضهم حسب اللفظة الإنجليزية، ولكن في اللغة العربية ما يعوض عن اللفظة في أصلها، فالتخشب: ترجمة دقيقة وشاملة، وهي أي التخشب: إستجابة مرضية يميزها انحراف السلوك الحركي في اتجاه كف الحركة والتخشب والسلبية. (المترجم).

يستبان ظهورها في الأعمار المتقدمة Old Age وتكون الحالات التخشبية هذه مصحوبة بتركيبة مجموعة من الأعراض البارانوية والأفكار الوهمية الإسنادية[1] أو الإضطهادية. والفرق بين الزملة (العرض) Syndrome البارانوية والمظهر التخشبي، هو فرق يستند إلى مقدار الزمن. فالأول يكون إلى حد ما قصير الأمد، أما الثاني فيمتد فترة أطول.

ذهانات الخرف المتأخر

ذهانات الخرف المتأخر تحصل عادة في عمر متأخر كثيراً، وقد تطرأ فتصيب الأشخاص ممن هم فيما بين (70 ـ 80) من العمر، وليس بالضرورة أن يصيب المرض كل شخص من المتقدمين في الأعمار. وقد يحصل المرض في أعمار أبكر. وأسباب المرض تنشأ بفعل مؤثرات بيئية خارجية، وأكثر ما تكون الأسباب ناجمة عن عدوى أو تسمم؛ ولكن يجب ألاّ تستبعد كذلك العومل النفسية في إحداث المرض، فلا ينبغي إغفال ذلك.

خَبال الخرف المتأخر[2]

يتصف خبال الخرف المتأخر باستطراد متتابع بطيء يجري على وتيرة لا تنقطع، وهناك من يقسمه تقليدياً إلى عدة مراحل فرعية، منها:

المرحلة الأولية The Initial Stage

في المرحلة الأولية هذه تتمثل العلامة الأولى لذهان الخرف المتأخر بتغير يتسم بالمرض والانحراف يطغيان على مزاج المريض وشخصيته. في

(1) الإسناد: إرجاع سلوك معين وإسناده إلى شخص معين. (المترجم).

(2) الخبال لغة (بفتح الخاء): معناها الإفساد، وهي الخبل بمعنى واحد. فالخبل والخبال يعني فساد العقل ويتبعه فساد الرأي والسلوك. وقد أثريت ترجمتها بـ (الخبال) لأنها واردة في القرآن الكريم في قوله تعالى: ﴿لو خرجوا فيكم ما زادوكم إلاّ خَبَالاً﴾ (سورة التوبة: الآية 47). (المترجم).

هذه المرحلة يتحول إخلاص المريض لعمله ومنهاجه في الحياة، إلى نوع من التمرد السخيف والإهمال المخيف. وفي هذه المرحلة أيضاً تتبدل اتجاهات المريض الودودة نحو الآخرين، فتتحول إلى عداء لا مبرر له، وإلى فظاظة، ومناكفة، ولا تعود علاقاته الاجتماعية إلاّ مجرد تعرفات طارئة خالية من العلاقات الحيميمة؛ كما يصبح بخيلاً شحيحاً، بعد أن كان سخياً.

ولكن بالتدريج يميل المريض إلى شيء من الصحبة، بيد أنه يفعل ذلك على مضض، ويصحب هذا التحول البسيط فقدان السيطرة على النفس Self-control، ويبدأ ينتقد ذاته والآخرين. في هذه المرحلة أيضاً تضيق دائرة إهتماماته، وتتركز في الأساس حول إشباع حاجاته وأرضاء رغباته. ويصبح أنانياً، متغطرساً، متغطرفاً[1]، ويلح في طلب المزيد من الانتباه إليه والاهتمام به، ويكون ميّالاً إلى تضخيم سجاياه Merits، ويحاول أن يسامي من أعماله الخاصة به، فيطري ماضي صباه، وكذلك كل ما يتعلق به من حياة.

لا تظهر أحياناً هناك شكوى من جانب المريض تنم عن وجود اكتئاب أو ما يشير إلى إحساسات مزعجة في السلوك، مما يدل على أن الجسم سليم، ومما يشير إلى النشاط والحيوية. ولكن تطرأ أحياناً على المريض حالات فيبدأ يشكو من كثرة الصداع، وتنملات في أجزاء مختلفة من الجسم، وهبوط في الروح المزاجية. لذا ترى المريض يصبح رويداً رويداً ميالاً إلى الإنكماش، وتراه بَرِماً، ولديه الرغبة في التردد على الطبيب، ويسأل عن مختلف تخصصات الأطباء، من قبيل التطمين النفسي لذاته.

يصحب ما تقدم اضطراب الذاكرة. تبدأ اضطرابات الذاكرة لدى المريض أول ما تبدأ بالضعف، ثم تتطور إلى نسيان الأسماء وأسماء

(1) تغطرف: أي تغطرس وتكبّر. (المترجم).

الأماكن، علماً بأن المريض يتذكر جيداً كل ذكريات الماضي. كل ذلك يحدث في مرحلة الخبال الخاص بالخرف المتأخر.

في المرحلة الأولية هذه من مراحل خبال الحرف المتأخر، يلاحظ على المريض اضطراب في الانتباه باتجاهين:

1 ـ اضطراب يصيب التشتت وهي حالة مرضية حادة.

2 ـ اضطراب يصيب المريض فيفقد القدرة على التركيز.

في مرحلة الخبال The Stage of Dementia هذه تظهر هناك علامات تدل على التدهور العقلي فتبدو واضحة للمختص. إذ تظهر على المريض اضطرابات في الذاكرة، وتظهر عوارض متزايدة وحادة مما يسمى في الطب النفسي بفقدان الذاكرة ونسيان الاتجاهات Amnestic Disorientation. في هذه الحالة يصبح المريض عاجزاً عن نسيان أسماء أقاربه، وزوجته، وأولاده، بل وحتى اسمه أحياناً، لذلك فإذا ما سألته عن اسمه ينساه، فيجيبك بأنه أبو فلان، فيكني نفسه باسم أحد أولاده، وهو لا يقصد ذلك.

ومن علامات تدهور الذاكرة عند المريض بالخبال الخرفي المتأخر أنه يحييك كل مرة يراك فيها خلال دقائق معدودات، أو تجده يعيد عليك نفس السؤال عدة مرات.

ذكريات الطفولة تستعاد بسهولة ووضوح، بخلاف الذكريات القريبة.

وتجدر الملاحظة بأن المرضى بهذا المرض لا يعودون قادرين على فهم الكلام المجازي، ولا يدركون للتعابير البلاغية معنى.

تتسم هذه المرحلة أيضاً بأن المريض يمكن أن يكون فيها في حالة انتشاء وخفة روح غير طبيعية. فترة يضحك بصوت عالٍ بدون مبالاة، ويصفّق بيديه دونما سبب، ولا يقرّ له قرار، إذ يتحرك من مكان إلى آخر، ويرقص وحده. وترى المريض بهذا المرض يرتدي من الملابس بما يناسب عمره، ويصفف شعره كما شأن الشبان الصغار.

وكلما ازدادت حدة المرض سوءاً، رأيت المريض يأتي كل ما هو مستغرب من السلوك، فتراه مثلاً يمسك وسادته وينفضها باستمرار وكأنه يبحث عن شيء مخبّأ فيها. وتراه يعمد إلى تغيير فراشه ومنامته كثيراً. وتلاحظ أنه يغير من وضع الأثاث بدون سبب. وأسوأ من ذلك كله استحواذ أعراض غسل اليدين وكل ما يمسه ويلامسه باستمرار.

في هذه المرحلة تنشأ عند المريض أفكار هذيانية تلازمه مصحوبة باضطراب وارتباك في الشعور، وتنتابه مثل هذه في الليالي عادة، كما أنه يفقد ليلاً القدرة على تمييز الاتجاهات في الأماكن. وكثيراً ما يقوم بأعمال كأنها تمثل ماضي أيامه في العمل الذي كان يؤديه، وتسمى مثل هذه الحالات (أوهام المهنة أو العمل) Occupational Delusions.

وكثيراً ما تكون هذه الفترة مصحوبة، بالهذيان السخيف، وبالخرس الذهاني.

وتكون هذه المرحلة من المرض مصحوبة بتغيرات جسمية مثل ضمور العضلات، وضعف في الأطراف، وانكماش في الحركات وبطء ظاهر فيها. يصحب ذلك ضمور في خلايا المخ، وصغر في الدماغ كما يتضح ذلك في الصورة التالية:



في هذه الصورة يتضح ضمور المخ نتيجة خبال الخرف المتأخر.

المرحلة النهائية

تتصف المرحلة النهائية هذه باضطراب نفسي وهُزال جسمي[1] Psychical and Physical Marasmus. يتسرب هذا المرض فيدب إلى نفس المريض وجسمه إلى حد أن المريض لا يعود معه قادراً أبداً على فهم واستيعاب أبسط محتويات بيئته ولا مكوناتها الأولية ولا ظواهرها، بل يصبح عاجزاً عمّا يجب أن يأكله وما يجب أن يتجنبه، ويفقد القدرة على الكلام فقداً تاماً، ويغدو عاجزاً عن إنهاض نفسه من فراشه. فيبقى باستمرار راقداً في فراشه ومستلقياً عليه كالوضع الذي يكون عليه الجنين قبل الولادة، لذلك يسمى وضعه هذا بالوضع الجنيني Embryonic، فيستمر في وضعه ذاك مصالباً ذراعيه على صدره، وساقاه مطويان بحيث تلامس قدماه أليتيه، وركبتاه مثنيتان إلى أقصى حد. ويقاوم صامتاً أية محاولة تُجرى لتغيير وضعه الذي يكون عليه هذا، ويطلق أصواتاً غير مفهومة إذا اقتضت الحال، أصوات هي بالغمغمة أشبه، وإلى العويل أقرب. وكل عملياته الإفراغية يحدثها في الفراش، لذلك فهو بحاجة إلى عناية خاصة من جانب فريق التمريض.

يترتب على هذه المرحلة أن تتكون بسهولة في جسم المريض دمامل، وتقرحات صديدية مختلفة، وتحصل عنده تسممات وذات الرئة، وهذه الأخيرة تعد من الناحية الطبية أموراً قتالة قادرة على إنهاء حياة المريض، فهي تودي به.

فحالات الخبال المتعلقة بالخرف المتأخر تكون مزمنة عادة، وفي

(1) لفظة Marasmus: تعني الهزال العام الذي يحدث للشخص المريض رويداً رويداً فيدب في نفسه وفي جسمه بسبب أحد الأمراض النفسية أو الجسمية، وقد يكون سببه سوء التغذية، ويحصل للأطفال بسبب سوء الأمومة وحرمان الطفل من الحنان. (المترجم).

أغلب الأحيان تستمر من (5 ـ 6) سنين. وهذا التقدير هو تقدير في متوسط معظم الحالات.

مرض الزهايمر[1]

يعد مرض الزهايمر من الأمراض التي قلما تصاحب خبال الخرف المتأخر، وإذا ما حصل فإنه يصيب المريض في سن الستين من عمره.

ويتصف عادة، ويتم تشخيصه على أساس ما يصيب المريض من نكوص نفسي ظاهر للعيان واضح. ومن علائمه Signs اضطرابات في الذاكرة، اختلاطات في الأفكار، فقدان الاتجاهات المكانية، العمه[2] الحركي Apraxia. فيظهر على المريض أنه مرتبك، مضطرب، لا يبدي أي نشاط يذكر، ذاهل عما يجري حوله، يحدّث نفسه بنفسه، وإذا ما طلب منه إنجاز ما يوجه إليه من إرشادات فإنه لا ينفذها. اضطرابات الكلام عند المريض تكون هي المسيطرة على سلوكه، وهي أهم علامات تشخيص مرض الزهايمر. وتسمع المريض يردد مقاطع لا رابطة تصل بينها، ولا يردد كلمات معينة. تعقب ذلك كله، حبسة Aphasia وعجز عن الكلام. هذا، وإن المرض يمكن أن يستمر لمدة سنين طوال، مع انتكاسات متكررة، فيفضى ذلك في مجمله إلى حالة من الهزال لينتهي بموت المريض.

---

(1) مرض الزهايمر Alzheimer's Disease: سمّي باسم مكتشفه الزهايمر، إذ اكتشفه عام (1907). يصيب الأشخاص فيما بين (40 ـ 60) من العمر. ومن مظاهره عند المريض فقدان الذاكرة، وعدم القدرة على الإحساس بالزمن، وفقدان القدرة على التعرف على المكان، كثرة الهلوسات، العجز عن فهم ما يقال، تدهور الصحة، تقلص الأطراف، بروز ليفات المخ وثخانتها، إتلاف الخلايا العصبية، التعرض لنوبات صرعية . . . إلخ. (المترجم).

(2) العمه الحركي Apraxia: هو عجز المريض عن القيام بحركاته بشكل متسق وهادف، ويحدث ذلك نتيجة إصابة منطقة المخ المسؤولة عن تنظيم الحركات الجسمية. (المترجم).

الفصل التاسع

الصرع

- الإنذار الصرعي والأعراض
- النوبة الكبرى
- النوبة الصغرى
- ما هي الاضطرابات النفسية المترتبة على الصرع؟
- التشخيص الفارق
- العلاج الوقائي

الفصل التاسع

الصرع

الصرع Epilepsy مصطلح أصله مشتق من اللفظة الإغريقية Epilepsia، و Epilab، وتعني: يضغط على، ويهجم على، وهو مصطلح يدل في مغزاه على تأكيد أشد أعراض المرض. ولهذا فإن الصرع يشير إلى دلالة اللزمة القوية الشديدة التي تمسك بخناق المريض فتفقده وعيه أو تكاد.

الصرع مرض غالب انتشاره بين الناس. ويقسم إلى مجموعتين رئيسيتين هما:

1 ـ الصرع الحقيقي Epilepsy Proper وكان يدعى من قبل الصرع الأساسي.

2 ـ الصرع العرضي Symptomatic Epilepsy.

الصرع مرض مزمن ينتاب المخ فيؤدي إلى تشنجات تختلف حدة وشدة، ويؤدي إلى اختلاجات تصيب الحواس، ويؤدي إلى اضطرابات نفسية، واضطرابات عقلية.

الصرع العرضي ينجم عنه عادة نوع واحد فقط من أعراض الصرع الرئيسي ـ ألا وهو لزمة تشنجية مصحوبة بأعراض موضعية. واللزمة في هذا النوع من الصرع هي أحد أعراض الخلل والعطب الرضّي الكدمي الذي يصيب المخ بعطب، وقد يتمثل بورم Tumour، أو ينجم عن سفلس، أو ينشأ عن تسمم، وفي هذا النوع من الصرع تكون حالات الشذوذ النفسي

أقل ظهوراً مما هي عليه عادة في حالة الصرع الحقيقي، حيث تكون اللزمات في هذه الحالة أقل تردداً وأدنى تكراراً، فهي لا تحصل إلاّ مرة في كل شهرين أو في كل ستة أشهر، وإن التدهور العقلي يكون جد قليل.

يترتب على اللزمة الصرعية نوعان من التشنجات العامة، هما:

1 ـ النوبة الصرعية الكبرى[1] Grand mal.

2 ـ النوبة الصرعية الصغرى[2] Petit Mal.

الإنذار الصرعي[3] والأعراض

ويحصل ذلك إذ يترتب على هذا الإنذار أنه في غضون ساعات قلائل تدنو النوبة من المريض مسبوقة بتغيير في المزاج وتعكير في جوّه النفسي، ومن ذلك مثلاً:

1 ـ هيجان نفسي.

2 ـ سوداوية مفرطة.

3 ـ صداعات حادة.

---

(1) النوبة الكبرى Grand Mal في الصرع: يسبقها دوار في الرأس، وتعب شديد في الجسم، وتخدر الأطراف، ثم تأتي النوبة على شكل تشنج عنيف، وبطء شديد في التنفس، وأعراض عضلية عنيفة كأن يعض الشخص لسانه، ويفرغ أمعاءه، ومثانته، وتستمر النوبة دقائق، وبعدها يستعيد وعيه تدريجياً. (المترجم).

(2) النوبة الصغرى Petit Mal في الصرع: حالة صرعية تتصف بفقدان الوعي في ومضة سريعة تستمر من عدة ثوان وتصل لمدة دقيقتين. وقد تتكرر النوبة الواحدة عدة مرات في اليوم الواحد. تكبر هذه النوبة عند البنين والبنات في سن المراهقة. وتكون عند البنات أكثر منها عند البنين. (المترجم).

(3) إنذار الصرع Aura: إحساس يسبق نوبة الصرع، إذ يشعر المريض أو قد يرى أشياء وهمية، ويكون مصحوباً بدوار في الرأس، وتعب في الجسم، وطنين في الأذنين، وخدر في الأطراف. (المترجم).

4 ـ توعك في الصحة العامة Malaise.

فمن العلائم المذكورة بوسع المريض أن يدرك أن لزمة الصرع على وشك أن تهوي عليه. وقبل زملة التشنج مباشرة توجد هناك عدة ظواهر مرضية تتوالى على المريض تستمر عدة ثواني. وهذه الظواهر المرضية تختلف من حيث طبيعتها من مريض إلى آخر. وهذه الظواهر يطلق عليها الإنذارات Auras وهي من الإغريقية مستقاة حيث تعني (التنفس، أو النَّفس بفتح النون والفاء)، وضيق النفس هذا يدل على اقتراب اللزمة ودنو النوبة.

والإنذار الصرعي هذا يتخذ عدة أشكال، من ذلك مثلاً:

1 ـ إنذار نوبة بصرية Visual Aura، ويكشف عن نفسه بعدة صور منها مثلاً تظهر أمام عين المريض دوائر، وبقع ملوّنة، وهنيهات عمى عابر سريع...

2 ـ إنذار نوبة سمعية Auditory Aura، ويتألف من إحساسات مختلفة منها مثلاً سماع أصوات وضوضاء تحدث للمريض فيحسها وحده، وتأتيه قبل أن تدهمه نوبة الصرع.

3 ـ إنذار نوبة حسية نفسية Psychosensory Aura، وتكون مصحوبة بإحساس المريض بأن جسمه يكبر أكثر من حجمه الطبيعي، أو يشعر أن جسمه آخذ في التضاؤل حتى ليكاد يتلاشى، وربما يساوره هذا الإحساس بشأن جزء أو أجزاء من جسمه.

4 ـ إنذار نوبة شمّية وذوقية Olfactory and Gustatory Aurae، وهذه الإنذارات ونوباتها تشترك في دنوها مع إنذارات النوبات السمعية والحسية المختلفة.

5 ـ إنذارات النوبات الحشوية Visceral Aurae، وهي كثيرة التكرار عند المرضى عادة. ومن علاماتها سرعة النبض، صعوبة التنفس، الإحساس بوخز يصيب منتصف المعدة يصحبه غثيان وتقيّؤ.

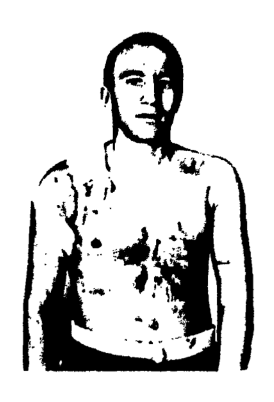
6 ـ إنذارات النوبات الحركية Motor Aurae، وهي واسعة الاختلاف، وتتكون في الغالب من اختلاجات، ولزمات، تنتاب أماكن محددة من العضلات، وربما تصيب الاختلاجات هذه مجموعة واسعة من العضلات، وقد تقلّص العضلات كلها.

النوبة الكبرى

تحصل نوبة الصرع الكبرى عقب فقدان مؤقت يصيب الشعور. إذ يطرأ إغماء فيسقط المريض فجأة، وهو يعاني أحياناً من أذى يصيب الجسم وجروح خطيرة تحدث جراء السقوط المفاجىء هذا. تلي ذلك مباشرة تشنجات تنتاب الأوتار الرابطة للعضلات. ومن مظاهر ذلك إطلاق صرخة عنيفة جراء ما يحصل لدى المريض من تشنجات مؤلمة تضغط على الجهاز التنفسي، وعلى عضلات القلب. يترتب على ذلك امتداد التقلصات العضلية وما يصاحبها من تشنجات فتعم مختلف الجهاز العضلي. وفي الحالات الشاذة والنوبات الشديدة يتكور الجسم، أو يتخذ شكل تمدد مع شيء من الرخاوة، ويتوقف التنفس، فيزرقُّ جلد الوجه لقلة تدفق الدم وانحباس الأوكسيجين. يتبع ذلك أن حدقتي العينين تنكفان إلى أعلى، وأن بؤبؤ العينين يجحظان ولا يرفان أو يطرفان للضوء. وأن المريض يمكن أن يعضّ لسانه أو قد يعض دواخل خديه، وربما يعض شفتيه. وتستمر التشنجات العضلية والوترية فترة تتراوح بين (25 ـ 30) ثانية. تلي ذلك حالات انقباض وانبساط عضلي متوالٍ. وينبغي الحذر الشديد، إذ قد يحصل اختناق للمريض إذا كان في حالة انكفاء على وجهه أو إذا كان وجهه مغطى بالوسادة.

التشنجات العضلية قد تستمر من ($1\frac{1}{2}$ ـ 2) دقيقة، يليها ارتخاء عضلي عام.

أثناء النوبات من المحتمل جداً أن يتعرض المريض إلى جروح أو حروق، حسب المكان الذي هو فيه، كما في الشكل التالي:



تبدو آثار الحروق على هذا المريض المصاب بالصرع.

وكثيراً ما تكون النوبات الصرعية المداهمة مصحوبة بالتبول اللاإرادي، وبالتغوط.

وبعد زوال غشيان الغيبوبة يمر المريض بإخلاد إلى النوم يستمر عدة ساعات.

وفي حالات محددة يستعيد المريض وعيه تدريجياً وببطء، وفي الغالب يكون ذلك بعد فترة النوم الطويلة.

وبعد زوال النوبة، فإن المريض، كقاعدة مطردة، تظهر عنده حالات من النسيان[1] الرجعي Retrograde Amnesia.

عندما تتوالى نوبات الصرع بشكل متسارع، فإن المريض يخفق في استعادة وعيه خلال الفترات التي تقع بين النوبات. في هذه الحالة يجب اعتبار الوضع الصرعي خطراً على حياة المريض.

(1) النسيان الرجعي: هو نسيان الأحداث التي تحصل قبل وقوع الحدث الذي أدى إلى النسيان وسببه. (المترجم).

النوبة الصغرى

بخلاف النوبة الكبرى، فإنّ النوبة الصغرى تحصل بدون أن تكون مصحوبة بتشنجات، وقد تحدث تشنجات ولكن بشكل خفيف بالقياس إلى تشنجات النوبة الكبرى. وينتهي الصرع في حالة النوبة الصغرى خلال ثوانٍ قلائل.

في النوبة الصغرى، يستعيد المريض وضعه الجسمي إلى ما كان عليه بعد النوبة مباشرة وبسرعة. لكن حركاته قد لا تنتظم أوتوماتيكياً، بل تتطلب بعض الوقت لتعود سيرتها الأولى.

بعض المصابين بنوبات الصرع الصغرى يمكن أن يتنبؤوا باقتراب حدوث النوبة قبل وقوعها، من ذلك، مثلاً، حدوث الخدر الذي يدبّ في أطراف المريض.

حالات شعورية خاصة

تطرأ على المريض بالصرع حالات شعورية خاصة، وتظهر عليه أعراض تتكون من عدد من الإدراكات الخاطئة، وهي إدراكات حسية مليئة بالشك والأوهام، منها مثلاً:

1 ـ أوهام في التفكير.
2 ـ أوهام في الإدراكات المتعلقة بالحواس.
3 ـ إضطرابات انفعالية.

بيد أن الاضطرابات هذه كافة لا تكون مصحوبة عادة بشيء من النسيان. غير أن أظهر ما يميز أعراض الحالات الشعورية هذه هو الغربة عن المكان، إذ يحس المريض ويشعر بأن كل ما حوله من مكونات البيئة إنما غريبة عليه، وكأنه لا سابق عهد له بها. فترى المريض منكراً لما يحيط به وهو في حالة من الحرج والضيق كأشد ما يكون عليه من تلك

الحالات. إذ تراه وهو يُحَمْلِقُ فيما حوله، ويُحَدِّقُ في وجوه الناس المارة، وقد تسمعه يسائل ذاته: (ما هذا؟)، (من هذا؟)، (لماذا هذا هكذا؟) . . . إلخ. وكثيراً ما يرجع المريض إلى حالات من الانتكاس الذي يتمثل فيه القلق كأشد ما يكون، وقد تسمعه يتحدث عن نهاية العالم، ويتوقع كوارث تتهدد كل واحد في هذا الكون وكل شيء كائن فيه.

يصاب المريض أحياناً بهلوسات قلقية، وخداعات حسية: فهو يحدثك مثلاً بأنه يسمع أصواتاً تحذره من خطر داهم، أو أنه يرى وجوهاً للناس مشوهة، ويحمل في ذهنه صوراً عقلية غير سليمة. فأحد المرضى مثلاً عندما رأى أمه أظهر استغرابه عما رأى عليها من وجه متغضن وهيئة مشعثة، وصورتها هذه ليست هي الحقيقية إنما شوّه مرآها في عينيه مرضه الذي شوّه الواقع. ومريض آخر أنكر أمه عندما زارته في المصحة، وأبدى استغرابه، وقال إنه لا يعرفها، ولما أكدت له أنها أمه، لم يصدقها، بل هرب من المستشفى وذهب إلى بيتها ليتحقق من أنها ليست موجودة هناك، ليطمئن إلى أنها هي أمه تلك التي زارته في مصحته. ولحسن حظه أنه قد شفي من مرضه عندما اطمأنت نفسه إلى أنها هي أمه حقاً.

إن ما مرّ يستتلي الابتئاس[1] Dysphoria وهو نوع من أنواع الاكتئاب المصحوب بالقلق والخوف. وإنه أكثر الأعراض النفسية التي تصاحب حالات النوبات الصرعية، ومنه نوعان:

1 ـ النوع الأول من الابتئاس يتصف بحالة من الرخاوة، وانتشاء لا داعي له، لذلك فهو يقرن بالنشوة، ولا يرتبط بدافع معين مما تحتويه البيئة.

(1) الإبتئاس Dysphasia: يترجمه بعضهم بـ (الاكتئاب)، لكنها ترجمة لا تكون دقيقة نظراً لما يتضمنه الاكتئاب من معنى الاستمرارية المرضية ولأنه يصنف مرضاً قائماً بذاته، بينما للإبتئاس حالة طارئة تزول بزوال السبب. (المترجم).

2 ـ النوع الثاني من الابتئاس يتسم بحالة من الكآبة المصحوبة بالقلق.

ما هي الاضطرابات النفسية المترتبة على الصرع؟

ثمة جملة أمراض تترتب على النوبات الصرعية، وبخاصة عندما تكون حادة. فمن هذه الأمراض مثلاً:

1 ـ تغير الشخصية وتدهورها. فالأشخاص الصرعيون يعانون عادة مر تدهور تدريجي يصيب جميع جوانب الشخصية، ومن ذلك مثلاً:

(أ) التيبّس والجمود.

(ب) فقدان المرونة.

(ج) بطء الحركة.

(د) الخواء.

(هـ) إنعدام مبادرة العمليات النفسية.

(و) ظهور علامات النرفزة، واستمرارها أكثر من اللازم.

(ز) اللامبالاة وفقدان الاهتمام بأي شيء في البيئة.

2 ـ الخبل الصرعي، فبالإضافة إلى الاضطرابات الآنفة، فإن الشخص الصرعي يقاسي أيضاً من تدهور في أداء الذاكرة وانحطاط في قواه العقلية. فالشخص المريض بالصرع يتمثل نسيانه في:

(أ) نسيان أسماء العلم.

(ب) نسيان الأحداث المهمة.

(ج) نسيان أي اهتمام بالبيئة وما يتعلق بها.

(د) نسيان ما كان يحفظ من مفردات.

(هـ) إضطرابات كلامية كعسر النطق[1]، واللثغة[2].

---

(1) عسر الكلام Dysphasia: إختلال النطق لخلل أو مرض أو عيب يصيب الجهاز العصبي أو المخ. (المترجم).

(2) اللثغة Lisping: خلل نطقي في الكلام يتمثل بقلب السين إلى ثاء. (المترجم).

التشخيص الفارق

إن تعدد أشكال أعراض الصرع[1] وسرعة تغيرها يفضي دائماً إلى صعوبة في التشخيص. يضاف إلى ذلك، فإن كثيراً من أعراض الصرع توجد في أمراض عضوية، كأمراض الدماغ بشكل عام والمخ بشكل خاص. والصعوبة البالغة تتأتى من مواجهة مشكلة التمييز بين الصرع الحقيقي وبين الأشكال المتعددة الأخرى المعروفة بالصرع العرضي Symptomatic Epilepsy.

وأهم العلامات الأساسية التي يمكن الركون إليها في التشخيص الفارق للصرع هي الآتية:

1 - حصول الصرع في أعمار مبكرة وتكثر لدى الشباب.

2 - تلاحظ حالات عطب يصيب المخ وهي حالات وعلامات عضوية وحصولها في هذه الحالة أكثر مما تحصل في حالة الصرع النفسي.

3 - إنعدام وجود الأدلة والبراهين السابقة[2] التي تشير إلى عوامل نشوء المرض وما كان قد تسبب في حدوثه.

4 - إستطراد المرض المصحوب باضطرابات في الشخصية مقروناً بازدياد مرض الخبل الدال على تلك الاضطرابات وحدتها.

---

(1) تعدد الأشكال Polymorphism: يعني الكثرة في وجود أنواع متعددة من:
(أ) حيوانات تنتمي إلى أصل واحد.
(ب) كائنات تعود إلى أب واحد.
(ج) وتستخدم الكلمة مجازياً فتشمل الأعراض المرضية. (المترجم).

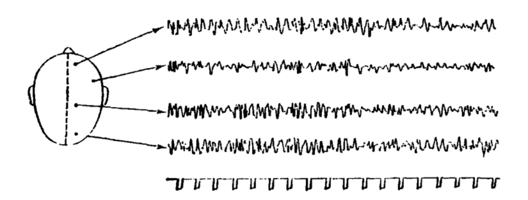
(2) المقصود في العبارة (3) هو تحليل السوابق، ويعتمد منهج دراسة وتحليل السلوك كطريقة للعلاج، وهو أحد طرائق أربع استحدثها كارل يونج السويسري المعروف:
(أ) منهج الترابط.
(ب) منهج تحليل الأعراض.
(ج) تحليل السوابق.
(د) تحليل اللاشعور.

وينبغي التأكيد هنا على ضرورة التفريق بين تشنجات النوبات الصرعية والنوبات الهستيرية. فأعراض هذين المرضين تشترك بعلامات جد قليلة، كما تؤكد ذلك أعراضهما الرئيسية.

والجدول التالي يوضح الفرق بين نوبات كل من الصرع والهستيريا:

النوبة الصرعية	النوبة الهستيرية
1 ـ في الغالب تحصل بدون أسباب وعوامل نفسية.	1 ـ تحصل مقترنة بأسباب وعوامل نفسية، وهذه قاعدة مطردة.
2 ـ تكون مصحوبة بأعراض هاجسية تتخذ شكل إنذار صرعي.	2 ـ إنعدام مثل هذه الأعراض.
3 ـ التشنجات الصرعية تستمر من $1^1/_2$ ـ 2 دقيقة.	3 ـ التشنجات الهستيرية تستمر من (10) دقائق إلى عدة ساعات.
4 ـ بؤبؤ العينين لا يستجيب للضوء وترف العينان، ويصحب ذلك قبول لاإرادي وتغوط قسري.	4 ـ إنعدام جميع هذه الأعراض.
5 ـ اللزمة الصرعية لا يمكن وقفها أو إزالتها مهما تكررت المحاولات الخارجية.	5 ـ يمكن وقفها أو التقليل منها بالعلاج النفسي.
6 ـ نسيان تام لفترة اللزمة الصرعية.	6 ـ قد يحصل نسيان جزئي.
7 ـ بعد النوبة مباشرة يحصل نزيف معوي، وانبساط في الأذرع، وتضيق حدقتا العينين.	7 ـ لا شيء من هذه الأعراض يحصل بعد انتهاء النوبة الهستيرية.

وتشخيصات الحالات الدماغية مهمة جداً لتحديد حالات الصرع. من أهم التغيرات التي تحصل في المخ أثناء النوبات الصرعية التموجات الشديدة البطء والحادة والتذبذبات السريعة، والتسارع غير الطبيعي في التناغم الخاص بحركات المخ، والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل يوضح الرسم الكهربائي لدماغ مريض بالصرع وفيه تبدو التموجات المتسارعة بشكل غير طبيعي.

العلاج الوقائي

ينصح مرضى الصرع بأن يمضوا أطول فترات حياتهم في الهواء الطلق، وهناك تمارين علاجية، ولكن المعول عليه بصورة أكبر هو العلاج بالعقاقير، كما هي مبينة في الجداول الآتية[1]:

Formulae of the Anti-epileptic Remedies Most Frequently Used (in grammes)

1 - Phenobarbitali 0.05 or 0.1

DS. One powder 2 or times daily.

2 - Diphenythydantoin sodium 0.1

DS. One tablet 2 to 3 times daily.

3 - Primidone 0.25

DS. One-two powders 3 times daily.

4 - Benzonali 0.1 to 0.15 to 0.2

DS. One-two powders 3 times daily.

(1) تجدر الإشارة إلى أن محتويات الجداول المثبتة في متن الكتاب هي وصفات متفق على مسمياتها في لغة الطب وفنه، فهي سياقات مألوفة في عالم الطب، لذا لا يمكن ترجمتها. (المترجم).

5 - Benzchlorpropamide 0.25

DS. One-four tablets 3 or 5 times daily.

6 - Methadone hydrochloride 0.25

DS. Two-six tablets 4 or 6 times daily.

7 - Borax (s. Natrii biborici) 0.3-0.5

DS. One powder 3 times daily.

8 - Trimetini 0.1

DS. One powder 3 times daily.

9 - Sereisky's mixture

	No. 1	No. 2	No. 3
Phenobarbitali	0.05	0.07	0.1
Bromurali	0.3	0.3	0.3
Natrii biborici	0.3	0.3	0.3
Papaverini	0.03	0.03	0.03
Coffeini natriobenzoici	0.015	0.02	0.02
Calcii gluconici	0.5	1.0	2.0

M.f.p. D.t.d. N. 30-60

DS. One powder 1-3 times daily.

10 -Calcii chlorati 15.0

Phenobarbitali 0.8

Methyli coffeini 0.4

Matrii biborici 1.0

Mercusali in amp. 2.0

T-rae Menthae gtt. X

Aq. destill. 200.0

S. One tablespoonful 3-5 times daily. Mixture is used in combination with calcium as prescribed below:

Calcii glycerophosphorici 0.4

DS. One powder 3 times daily.

11 - Rp. Inf. Herbae Adonis vernalis ex 6:200

Natrii bromati 6.0 to 8.0 to 10.0

Codeini phosphorici 0.2

MDS. One tablespoonful 2 or 3 times daily.

12 - (a) Strichnini nitrici 0.06

Phenobarbitali 7.0-10.0

Pulv. et rad. Valerianae q.s.

U.t.f. pil. N. 100

S. One pill 2-3 times daily

(b) Strichnini nitrici 0.06

Phenobarbitali 7.0-10.0

Ac. glutaminici 30.0 or 60.0

Massae pil. q.s. ut. f. pil. N. 100

S. One pill 2-3 times daily

13 - Phenobarbitali	0.05	0.1
Dilantini	0.03	0.06
Ac. glutaminici	0.2	0.3
Diphacili	0.1	0.1
Coffeini puri	0.015	0.02
Glucosae	0.3	0.3

M.f. pil. D.t.d. N. 40

S. One powder twice daily

14 - Phenobarbitali 0.05

Extr. belladonnae 0.05

Borax 0.25

Diphacili 0.075

Calcii glycerophosphorici 1.0

M.f.p. D.t.d. N. 40

S. One powder 2 or 3 times daily

Auxiliary Remedies

15 - Theobrominumnatrium cum Natrio salicylico 0.5

DS. One tablet three times daily.

16 - Ac. glutaminici 0.5

DS. One tablet 3 or 4 times daily

17 - Fonurit 0.25

DS. One tablet at bedtime for three nights running, with interval on the 4th night.

18 - Sol. Magnesiae sulfurici 25% 10.0

in amp. N. 15-20

DS. For intravenous or intramuscular injection

19 - Sol. Chlorhydrati 6% 100.0

DS. 25.0-30.0 in 30.0 water. Warm to body heat.

20 - Hexenali 1.0

in amp. N. 5

DS. Dissolve in 10.0 sterile solution for intravenous infusion.

Approximate Equivalent Ratios of Doses of Anti-epileptic preparations to Phenobarbital

Equivalent ratio to phenobarbital	Name of substituted pair of medicines	Ratios of substitute dose (indicated in numerator) to phenobarbital doses (indicated in denominator)					
1/0.75	Diphenylhydantoin / Phenobarbital	0.01/0.0075	0.05/0.035	0.075/0.05	0.1/0.075	0.2/0.14	0.3/0.21
1/3	Primidone / Phenobarbital	0.125/0.037	0.25/0.075	0.5/0.15	0.625/0.19	0.75/0.225	1.0/0.3
1/2	Benzonal / Phenobarbital	0.05/0.025	0.1/0.05	0.15/0.075	0.2/0.1	0.5/0.25	0.7/0.35
1/15	Benzchlorpropamide / Phenobarbital	0.25/0.015	0.5/0.03	0.75/0.045	1.0/0.06	1.5/0.09	2.0/0.12
1/20	Phenacon / Phenobarbital	0.5/0.025	1.0/0.05	1.5/0.075	2.0/0.1	3.0/0.15	4.0/0.2

It follows from the above table that if phenobarbital is taken as the basis for measuring anti-convulsive action, other agents are less active. For example, phenobarbital is 20 times as active as methadone hydrochloride; 15 times as benzchlorpropamide; twice as Benzonal; three times as primidone; 0.75 time as diphenylhydantoin (Diphenin).

Examples of evaluating doses of these medicines in relation to phenobarbital:

1 - Phenobarbital is prescribed in a dose of 0.05. Let us suppose that it has to be replaced by diphenylhydantoin. Looking up the 'substituted pair' Dyphenylhydantoin/Phenobarbital in the table, we see that a phenobarbital dose of 0.05 is equivalent to a diphenylhydantoin dose of 0.075.

2 - Diphenylhydantoin has been prescribed in a dose of 0.075, which has to

be replaced by Benzonal. Looking up the 'substituted pair' Dyphenylhydantoin/Phenobarbital in the table, we find that a diphenylhydantoin dose of 0.075 is equivalent to a phenobarbital dose of 0.05. Further, having found the 'substituted pair' Phenobarbital/ Bensonal' we see that a phenobarbital dose of 0.05 (i.e. 0.075 diphenylhydantoin) is equivalent to a Benzonal dose of 0.1.

الفصل العاشر

الاضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض الحشوية الجسمية

- تصلب شرايين المخ
- أسباب المرض وتطوره
- العلاج الوقائي وإجراءاته
- الاضطرابات النفسية المصحوبة بفرط التوتر

الفصل العاشر

الإضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض الحشوية الجسمية[1]

تصلب شرايين المخ

تصلب الشرايين مرض شائع ومزمن. فهو يؤثر بشكل رئيسي على الشرايين. لذلك نجد أن الجدران الداخلية للأوعية الحشوية الناقلة للدم تثخن وتتصلب لوجود أنسجة حشوية داخلية متشابكة، ومما يساعد على ذلك أيضاً وجود البروتين بشكل مكثف فيتراكم في بلازما الدم.

يترتب على تصلب الشرايين متابع مرضية منها على سبيل المثال الوهن العصبي الناجم عن التصلب Neurasthenia، ومن علامات أعراضه الشائعة هي:

1 ـ التعب المستمر Fatiguability.

2 ـ التهيج وسرعة الغضب Irritability.

3 ـ البكاء وشدة الميل إليه Weeping.

4 ـ قلة النوم وملازمة الأرق Somrolence.

5 ـ كثرة الصداعات Headaches.

(1) الأمراض الحشوية Vascular Diseases: وتسمى أيضاً الوعائية، وتشمل جميع الأمراض الجسمية الداخلية، وهي تغيرات فجائية في الدورة الدموية، وفي الأنسجة الداخلية، وتصلب الشرايين . . . إلخ. (المترجم).

6 ـ الدوخان Dizziness.

7 ـ كثرة الطنين في الأذنين Ringing in the Ears.

والأعراض المذكورة هذه لا ترتبط في بعض الأحيان بأي توتر يذكر.

يبدأ المريض في هذه الحالة يلاحظ ما يظهر عليه من تغيرات تطرأ على جسمه وعلى مظهره، لذا يطفق يقلق على حالته الذاتية. ويشتد قلقه أكثر عندما تنتابه متاعب الوهن العصبي التصلبي، وهذا القلق الشديد هو الذي يصبح شغله الشاغل، وإن كان فيما سبق يقلق على صحته في بدايات العلة المرضية، ولكن ليس على النحو الذي راح يأخذ بخناقه الآن. عندما تتفاقم العلة تهجم على معظم المرضى آفات الاكتئاب الكارب، ويبدأ بعضهم يفكر بالانتحار، حتى أن بعضهم يحاول ذلك، لذا تجب ملاحظتهم ومراقبتهم بعناية.

يلاحظ على بعض المرضى تغيير في ملامح سلوكهم، ويطرأ تغيير على معالم شخصياتهم؛ فبينما كان الواحد منهم مثلاً يزهو بقوة فتوته وشدة عضله، إذا به، بعد المرض يستسلم للوهن ويحس بالهوان. يضاف إلى ذلك عدم الاستقرار الانفعالي. ونجد الواحد منهم يتعرض إلى مواقف غريبة، فتراه مثلا تغرورق عيناه بالدموع من غير داع جاد يدعوه إلى تلك الحالة.

وتتضاعف هذه الاضطرابات بكثرة الشكوى المتلاحقة من هجمة النسيان المتزايد، وبخاصة لأسماء العالم، وأسماء الأقرباء، بل وأسماء أفراد الأسرة، ونسيان التواريخ، ونسيان الأرقام.

وأبرز علامات الوهن العصبي المصاحب لتصلب الشرايين هي تدهور القدرة على أداء العمل العقلي والجسمي، ولكن دون ظهور دلائل تشير، بعد، إلى وجود نقص ملحوظ في الطاقة العقلية نفسها، لكن المريض يبقى

محافظاً على ذكائه، ويستمر قادراً على أداء أعماله بمسؤولية عالية، علماً بأنه يشكو من تعب دائب وانحطاط في قواه البدينة. وتتعرض حالته الصحية إلى تقلبات شتى خلال اليوم الواحد، فهو مثلاً عند منتصف النهار يبدو عليه النحول والإعياء فيحتاج إلى الإخلاد إلى الراحة، وبعد ذلك يتيقظ ويصبح بحالة تقريباً طيبة بحلول المساء.

ويلاحظ أن حالات الوهن العصبي الناشىء عن تصلب الشرايين تتفاوت أوضاعه من حالة إلى أخرى. حالات المريض هذه غالباً ما ترافقها حالات نفسية، منها على سبيل المثال مخاوف غير طبيعية، وهي حالات الخُواف Phobias، كالخوف من أزمة قلبية، والخوف من تيبس بعض أجزاء الجسد، والخوف من الأورام الخبيثة.

هذه الأفكار السوداوية تستتلي أفكاراً وهمية أخرى، حتى تتردى حالة المريض أكثر من الناحيتين الجسمية والنفسية. فتصبح بذلك أفكاراً وسواسية.

تتلو ذلك أفكار هستيرية تتجلى في استجاباته السلوكية.

وينشأ عن ذلك قلق يترتب على الحالة التصلبية التي تنتاب الشرايين، وحالة الوهن العصبي هذه تتطور شيئاً فشيئاً عبر عدد من السنين، وغالباً ما تكون مرحلة ممهدة لأمراض الدماغ[1]. وتصلب شرايينه، فيفضي ذلك إلى عطب عضوي يصيب المخ. ونظراً للأعطاب التي تؤوف المخ، فإن عدداً من الاختلالات النفسية تصاحب تلك الأعطاب. من هذه الاختلالات مثلاً، عدم الاتزان الإنفعالي، اضطرابات الذاكرة، تشتت الانتباه وحالات الإكتئاب والحالات السوداوية تزداد سوءاً. والانفجارات المزاجية تصبح سمة ملازمة

(1) مرض الدماغ Encephalopathy: يعني أي نوع من أنواع الأمراض التي يحتمل أن تصيب الدماغ. (المترجم).

له. فلا يعود المريض ذلك الشخص الذي تطاق معاشرته أو مزاملته سواء في البيت أو في العمل، فلا يتحمل نصيحة، ولا يطيق نقداً أو معارضة مهما كانت بسيطة، وتغدو النزعة العدوانية سمة ملازمة لسلوكه.

أسباب المرض وتطوره

إن مرض تصلب شرايين الدماغ يحمل في طياته حقائق تشير إلى تغيرات ظاهرة تدل على تصلب الأوعية الحشوية في المخ وعوارض ثانوية تنتاب بعدواها مادة المخ كله. وإن علائم التغيرات التصلبية يتم إكتشافها بسرعة بواسطة الفحص الميكروبي المجهري، وتبدو آثار المرض واضحة كما في الشكل التالي هذا:



توضح الصورة تخثر الدم في الأوعية الدماغية.

ومما يساعد على تفهم أفضل لمسألة أمراض الدماغ هو اللجوء إلى الطرق والأساليب الخاصة بفحص الأنسجة Histological Methods، فهذه الأساليب وما تقوم عليه من بحوث تفضي إلى فهم التغيرات المرضية التشريحية، وهذه من شأنها أن تكشف عن عدد كبير من حالات تصلب الشرايين الدماغية. ومن أشكال هذه الأمراض مثلاً تخثر الدم في أوعية لحاء الدماغ. ويترتب على هذا أيضاً تغير في خصائص خلايا أعصاب الدماغ وهذه ترتبط مباشرة من حيث نتائجها بما يحصل هناك من عطب يصيب الأوعية الحشوية. ويترتب على ذلك أيضاً تغيرات وعائية حشوية

خطيرة في قاعدة الدماغ The Base of the Brain، ويتضح ذلك في هذا الشكل:



يتضح من الصورة تصلب شرايين قاعدة الدماغ.

ومما تجدر ملاحظته هو أن التغيرات المرضية التشريحية تسلط الضوء على منشأ الاضطرابات التي تحصل في مرحلة الوهن العصبي الذي تتبدى آثاره عند بدء تصلب شرايين المخ. وهذه التطورات الخطيرة من الواضح أنها ترتبط بتناقص ضخ الدم إلى الدماغ، وبخاصة في حالة قلة الأوكسجين الذائب في الدم. ومن المعلوم أنه أثناء العمل الفكري يزداد تدفق الدم إلى الدماغ بطبيعة الحال. وفي حالة انعدام الأوعية المرنة التي تقوم بنقل الدم وسرعة انسيابه عبر قنوات الدماغ بسهولة، وما يصاحب ذلك من اضطرابات وظيفية في لحاء الدماغ، كل ذلك يؤدي إلى فقدان الانتظام في الدورة الدموية وسريانها بشكلها الطبيعي عبر قنوات الدماغ ككل وعبر خلايا المخ. وهذا يترتب عليه تصلب شرايين الدماغ ونتائج خطيرة أخرى.

أما الأسباب التي تؤدي إلى تصلب شرايين المخ، فإنها لم تحظ بعد بما يدعمها من البراهين المؤكدة وفيما يتعلق بوجهة النظر القائلة بأنها

أسباب تعزى إلى التقدم في العمر، فلم تلق بعد ما يعززها، بل هي وجهة نظر لا حظ لها كبير من الحصة، فهي وجهة نظر تستند إلى أن الخرف المبكر من بين الأسباب الكثيرة التي تؤدي إلى مثل هذا التصلب في شرايين المخ، لكن هذا الرأي ليس بالرأي السديد. وليكن معلوماً أن ما بين 5٪ ـ 10٪ من الفحوصات التي أجريت على أشخاص من المتقدمين في الأعمار، لم تظهر تلك الفحوصات أية علامات تدل على وجود تصلب شرايين في الدماغ، بل إن تلك الفحوصات قد أخفقت في الكشف عن دلائل تبرهن على أن تقدم السن كان سبباً من أسباب ذلك التصلب، في حين أظهرت الفحوصات الطبية أن مرض تصلب الشرايين قد وجد متفشياً بين أشخاص تتراوح أعمارهم بين 35 ـ 40 سنة، بل وحتى بين ممن أعمارهم (30) عاماً.

والاعتقاد السائد الآن هو أن الأساس الذي يسبب في المرض المؤدي إلى تصلب الشرايين وما ينجم عنه من اضطرابات، إنما يرجع إلى مشكلات واضطرابات في أيض الكولسترول[1]، وبخاصة زيادة محتويات الكولسترول في الدم وما يتبع ذلك من زيادة في تغيرات البنية الفسيولوجية ـ الكيميائية الخاصة بتركيب الدم.

العلاج الوقائي[2] وإجراءاته

لا يزال العلاج الوقائي لتصلب شرايين المخ مشكلة فاغرة فاها، ومعضلة تلهب الناس بلظاها، ومشكلة مستعصية على الطب الإكلينيكي. ورغم ذلك، فلا يجوز الإستسلام لهوان المرض وصعوباته، فثمة عدة

---

(1) الأيض Metabolism: هو تغيرات كيميائية ـ فيزيقية تتم بشكل تلقائي في الجسم، ويطلق عليها عملية الهدم والبناء. (المترجم).

(2) العلاج الوقائي Prophylaxis: إجراء طبّي وقائي، يمكن أن يكون فردياً وجماعياً، والإجراء الوقائي هذا يرمي إلى التصدي للأمراض النفسجسمية. (المترجم).

إجراءات متوفرة في الإمكان الإفادة منها واستخدامها، بهدف الحيلولة دون تصلب شرايين المخ تصلباً عاماً، بما في ذلك منع أشكال تصلب شرايين الدماغ. ولكن يجدر التأكيد هنا، ويجب القول قبل كل شيء، إن مختلف أنواع الإضطراب في العمل المعتاد اليومي، وجميع ضروب اللهوجة فيه من غير إنتظام، وفقدان الغذاء المتوازن، وكل أنواع الإسراف في أي شيء يتعاطاه الإنسان في حياته اليومية، كل هذه العوامل وسواها كثير، من شأنها أن تؤدي إلى تدهور مبكر في قوى الجسم بوجه عام، ومن شأنها كذلك أن تفضي إلى نسف قوى الجهاز العصبي وتدمير بنية كيانه، مما يترتب عليه تسهيل تطور التخثر في الدم وما يترتب عليه من تصلب في شرايين الدماغ.

فللغذاء وتنظيمه أهمية وقائية Prophylactic كبرى، وبخاصة فيما يتعلق بالحيلولة دون اضطرابات الأيض الناجمة عن الكولسترول. لذلك فيجدر تناول الأطعمة الخالية من الدهنيات والزلاليات والإكثار من تناول الأطعمة الغنية بالفيتامينات، وتجنب تناول اللحوم الحمراء بقدر المستطاع، والتقليل من تناول البيض.

ينبغي النوم في غرف يتجدد فيها الهواء باستمرار، والأجدر فتح نوافذ الغرف أثناء النوم، ويجدر استنشاق الهواء الطلق باستمرار. ويلزم الفرد أن ينام في غرف نوم درجة حرارتها أميل إلى البرودة منها إلى الحرارة، وأن يتجنب المرء النوم ملتفاً ببطانيات تجلب له الحرارة الزائدة خلال النوم، وينبغي اتخاذ ما من شأنه من الإجراءات التي تسهل عمليات الأيض في الجسم، ومنها مثلاً العلاج اليومي بالماء، وهذه نصيحة طبية. ونصيحة هنا لا بد منها، وهي نصيحة يجدر أن تُلقى إلى الطبيب: إن أي تعليق عارض من جانب الطبيب، يلقى على عواهنه إلى المريض، يمكن أن يؤدي إلى مضاعفات نفسية تضاف إلى أعباء الأمراض الجسمية. فينبغي على الطبيب

أن يخبر المريض بحقيقة مرضه، ولكن عليه أن يتوخى أقصى درجات الحذر في الكيفية التي يوجه بها النصيحة إلى المريض.

وهناك علاجات بالعقاقير الطبية، ولكن يجدر توخي الحذر في تناولها إذ لا يجوز تعاطيها إلا بوصفة طبية من طبيب مختص.

الاضطرابات النفسية المصحوبة بفرط التوتر[1]

يمكن أن تتضمن الاضطرابات النفسية المصحوبة بفرط التوتر مراحل مختلفة منها مثلاً:

1 ـ المرحلة الوظيفية Functional Stage:

ويطلق عليها أحياناً المرحلة الممهدة للتوتر العالي، وفيها يعاني المريض عادة من عدة أعراض منها.

---

(1) تجدر الإشارة هنا إلى أن هناك حالات لا حصر لها تترتب على الحالات الجسمية والنفسية لدى الإنسان عندما يتعرض لاضطرابات جسمية ـ نفسية، أو نفسية ـ جسمية. فهناك مثلاً:
(أ) الخدر أو الخُدار (بضم الخاء): وهو فقد الحساسية الذي يصيب أطراف الأصابع، أو أحد الأطراف.
(ب) الخوريا Chorea أو الرُّقاص: وهو مرض من مظاهره الحركة المرتعشة الراجفة غير المنتظمة اللاإرادية، يشيع بين الأطفال، والبنات أكثر استعداداً للإصابة به.
(ج) خوريا هنتجتون Huntington's Chorea: مرض مزمن يصحبه تدهور عقلي ينتهي بالحزن والموت، وهو مرض وراثي، من أعراضه الاهتزازات الارتجاجية غير المنتظمة، ويكون المريض به ضعيف الذاكرة، سريع الهيجان، ضعيف التركيز في الانتباه، ومتوسط العمر الذي يحصل فيه المرض بين (35 ـ 40)، ومتوسط الحياة بعد الإصابة بالمرض تمتد من (10 ـ 15) سنة.
(د) خوريا سيدنهام Sydenham's Chorea: وهو مرض ارتجاجي لاإرادي، ينتج عن مرض يصيب الدماغ ويحدث في الغالب بعد إصابة القلب بالروماتيزم، وأكثر ما يلاحظ عند الأطفال. (المترجم).

(أ) دوخان.

(ب) صداع مستمر.

(ج) تطاير شرر يمر أمام العين.

(د) سرعة التعب.

(هـ) سرعة التهيج وكثرة النرفزة.

(و) الإكتئاب.

(ز) الأرق.

والمظهر الذي تتخذه هذه الأعراض يوحي بأنها ذات صفة عصابية، لكنها في واقع الحال ليست هي من هذا الطراز، وإنما هي من حيث الأساس ناجمة عن فرط التوتر. وأول ما ينبغي على الطبيب عمله هو أن يتحقق مما إذا كان هناك تداخل يجمع بين أعراض الوهن العصبي وضغط الدم. ففي حالات الوهن العصبي العادي، لا يكون ضغط الدم عالياً عادة، بل إنه ينخفض أحياناً.

تتكون عند المريض أفكار سوداوية، فيبدأ يكابد من مخاوف وهمية تؤرقه كالخوف من الموت المفاجىء.

2 ـ مرحلة تخثر الدم وتصلّب في الشرايين المخية Sclerotic Stage:

لذلك يرتفع ضغط الدم ويبقى تقريباً مستمراً؛ إذ إن الضغط قد يتأرجح بين ارتفاع وانخفاض، وهذه حقيقة لا غبار عليها، بيد أنه من النادر أن يعود إلى حالته الطبيعية. يصحب ذلك تغيرات عضوية أخرى منها:

(أ) تقلص في عضلات القلب.

(ب) تقلص وصغر في حجم الكليتين.

(ج) تقلص في الخلايا الموردة للدم إلى الدماغ.

3 ـ المرحلة النهائية The Terminal Stage:

في هذه المرحلة تكون زيادة في الضغط طفيفة ويكاد يكون ضغط الدم مستقراً تقريباً.

وتظهر الصور الإكلينيكية وجود نوع من أنواع من الأزمات، قد تكون معتدلة وقد تكون حادة، وإن أزمة التوتر العالي في حالته المعتدلة يمكن أن تستمر من عدة دقائق فتمتد من (2 ـ 3) ساعات.

أما الأزمات الحادة فتمتد من عدة ساعات إلى عدة أيام.

أما العلاج الوقائي لمثل هذه الحالات فيتلخص في الآتي:

1 ـ تحسين العوامل البيئية وتلطيفها.

2 ـ ينصح الأشخاص الذين يعانون من فرط التوتر بالإبتعاد عن كل ضروب الإجهاد.

3 ـ النأي عن أي نوع من أنواع الإثارة.

4 ـ الاستمرار على التمارين الجسمية.

5 ـ مراعاة الشروط الصحية الخاصة بالغذاء المتوازن.

6 ـ التحرز من الإمساك المعوي.

7 ـ الابتعاد عن التدخين وعن تعاطي المشروبات الضارة بالصحة.

8 ـ استشارة الطبيب عند الإحساس بأعراض المرض لأن لكل مرحلة من المراحل الثلاث المذكورة من قبل، طريقة للعلاج، ومنها العلاج ببعض العقاقير الطبية تحت إشراف طبيب مختص.

الفصل الحادي عشر

العدوى الذهانية

- ذهانات العدوى العامة
- الذهانات الناجمة عن عدوى في الجهاز العصبي

الفصل الحادي عشر

العدوى الذهانية

هناك ضروب شتى من العدوى التي يمكن أن تتسبب في الاضطرابات العقلية التي لا تلاحظ فقط في حالات عدوى الجهاز العصبي المركزي مباشرة كالتهاب الدماغ[1] والالتهاب السحائي[2] وحسب، بل يمكن أيضاً أن تتسبب في أمراض أخرى. ففي حالة التهاب الدماغ فإن الذهان يأتي نتيجة لإصابة الجهاز العصبي بمرض فيروسي أو ميكروبي، بينما في حالة مرض الالتهاب السحائي فإن الميكانيزمات المرضية تكون مختلفة تماماً. كانت ثمة محاولات لتفسير حدوث الاضطرابات الذهانية كرد فعل من جانب الدماغ لحالات التسمم التي تنشأ عنها أنواع من العدوى. غير أن وجهة النظر هذه قد اصطدمت بمعارضة عارمة تبناها المختصون بالطب النفسي ممن يعطون الأولوية القصوى للميكانيزمات الوراثية التي يرونها هي المسؤولة عن تنامي مثل هذه العمليات والحالات. وقد لاحظ الطبيب النفساني الألماني بونهايفر (1868 ـ 1948م)، الذي أجرى عدة مقارنات بين حالات العدوى وحالات التسمم، أن هناك تشابهاً في حالات الذهانات الناجمة عن كل من

---

(1) إلتهاب الدماغ Encephalitis: مرض فيروس، أعراضه الصداع، والذهول، واضطرابات البصر. (المترجم).

(2) الالتهاب السحائي Meningitis: إلتهاب الغشاء السحائي المحيط بالمخ والمغلّف للحبل الشوكي، وهو من النوع الذهان Psychosis الناشئة عن العدوى؛ من أعراضه الصداع الشديد والهذيان، والذهان، والذهول، وضعف الذاكرة، وتشتت التركيز. (المترجم).

العدوى والتسمم، حيث وجد أن ذهانات العدوى والتسمم تتسم بما يلي:

1 ـ الهذيان delirium.

2 ـ الذهول stupor.

3 ـ الخرس mutisim.

4 ـ الضعف العقلي[1] amentia.

وقد عزا بونهايفر جميع هذه الأعراض المرضية إلى أنماط من المؤثرات الخارجية من ردود الأفعال لدى الشخص المريض، وأنه كان يردها أحياناً إلى استجابات غير محددة تصدر عن الدماغ لتأثير عوامل بيئية مؤذية تتسبب في إحداث هذه الأمراض. وجعل المختصون دور العوامل الخارجية مقتصراً على أنها (ميكانيزمات تحريك) أو عوامل إطلاق trigger mechanisms، بمعنى أنها تقوم بإطلاق ردود أفعال تثير ضروباً من الكوامن الوراثية. وقد ترتب على ذلك استبعاد الأساس الذي تقوم عليه الأصول التصنيفية المتبعة في الطب النفسي؛ وأن ذلك قد استتبع التقليل من دور العوامل الضارة الخارجية، وحل محله تضخيم دور العوامل الفطرية الوراثية. وأيّاً كان الأمر، فإن دور العوامل الخارجية المؤثرة في إحداث المرض والتسبب فيه، لا يمكن استبعاده أو التقليل من شأنه، أي أنه يبقى الدور الذي يؤثر بشكل أو آخر. فمن المعروف جيداً، مثلاً، أن الذهانات لا يمكن أن تكون موجودة ولا يمكن أن تنشأ مصاحبة أو نتيجة لبعض الأمراض كمرض (التيتانوس)[2] tetanus، أو مرض النكاف، بينما يشيع

---

(1) النقص العقلي أو الضعف Amentia: منه أنماط كثيرة، ويفرّق بينها عادة إما على أساس القدرة العقلية، وإما على أساس العوامل المسببة لها. (المترجم).

(2) التيتانوس Tetanus: مرض معدٍ، من أعراضه تقلص العضلات وانكماشها بشكل غير طبيعي، وتشنّجها، وتشنج عضلات الفك، وقد يتعرض المريض إلى خطر الاختناق. (المترجم).

وجود هذه الذهانات ويكثر وجودها في حالات التهابات الدماغ الوبائية. وبالتالي فإن عدوى الذهان يتأتى نتيجة لتفاعل معقد بل هو غاية في التعقيد لعمليات معدية يكون مكانها الدماغ.

ذهانات العدوى العامة

تحصل الذهانات أحياناً في جميع الأمراض المعدية الحادة، ولنذكر قليلاً منها هنا، مثل:

1 ـ الإنفلونزا.

2 ـ الملاريا.

3 ـ التيفوئيد.

4 ـ التيفوس.

5 ـ حمى مالطا.

6 ـ الحمّيات المعدية الأخرى.

وتوجد الذهانات هذه أيضاً في حالات الأمراض المعدية المزمنة كالتدرن الرئوي مثلاً، أو التدرن بوجه عام.

وكثيراً ما تكون الأمراض الحادة المعدية مصحوبة بحالات من الهذيان. ففي كثير من الأمراض التي تكون فيها الحمى عالية جداً، تصحبها عادة حالة من الهذيان يسمى هذيان الحمى Febrile Delirium. وهذه هي في الحقيقة الزملة الهذائية: Delirius Syndrome. فلا يعود المريض يعرف من هم الناس الذين يحيطون به. ولا يعود، وهو يغطّ في بحران من الحمّى اللاهبة، قادراً على تمييز وتحديد الوقت ولا طبيعة المكان. ويبدأ يحس بخوف غير مبرر وبقلق لا معنى له. وهذه الأعراض قد تصحبها هلوسات بصرية واضحة، وغالباً ما تكون هذه الهلوسات مرتبطة بأشخاص يكونون جزءاً من خبرات المريض القريبة.

تنشأ حالة هذيان الحمى بسرعة وبسهولة عند الأطفال عادة حينما يصابون بالأمراض المعدية. فمن المألوف غالباً أن الأطفال الذين تنتابهم حمى مرتفعة تهجم عليهم معها مخاوف شديدة، ورؤى مفزعة تتمثل لهم فيها أشباح رجال ونساء مناظرهم غريبة ومخيفة ومرعبة تقض مضاجع الأطفال. ويكثر الهذيان عند الأطفال خاصة عندما تشتد الحمى ليلاً، وهي الفترة التي تكون فيها الاضطرابات النفسية أيضاً في أسوأ حالاتها. لكن الزملة تنتهي وتزول بانخفاض درجة حرارة الحمى.

إن تناذر[1] الهذيان يمكن أن يبدأ في بداية المرض المعدي أو عند انتهائه، وأنه قد لا يرتبط بالضرورة بارتفاع درجة حرارة الحمى، فهو قد يأتي حتى مع درجة الحرارة المعتدلة في الجسم.

فمن الناحية الإكلينيكية يكشف الهذيان المعدي عن نفسه في مظهر من مظاهر تدهور الشعور عند المريض، فلا يعود قادراً على الفهم والاستيعاب، ولا يدرك أين هو، ولا يعي ما حوله، ولا يستطيع أن يستجيب إلى منبهات البيئة التي تكتنفه، والشيء الوحيد الذي يقدر عليه هو أنه يمكن أن يجيب على أسئلة مثل: من هو؟ ما اسمه؟ ذلك لأن شعوره لم يعد محتفظاً بذاته إلاّ بصعوبة بالغة. وتتطور لديه أيضاً هلوسات وأوهام. والهلوسات تكون في معظمها بصرية وصورية.

تجدّ هناك اضطرابات نفسية ـ حسية كثيرة لدى المريض، لكنها اضطرابات لا يمكن بحال من الأحوال فصلها عن هذيان العدوى المرضية. فتبدو الأشياء المحيطة بالمريض مشوّهة كلها. فيبدأ يرى الجدران وقوائم الأبواب من حوله كلها وكأنها محفورة مقعرة، وتبدو له الوجوه مشوّهة على خلاف طبيعتها الحقيقية. وتهجم على المريض مجموعة من التصورات غير

---

(1) كلمة Syndrome: تترجم بمعنى تناذر وزملة. (المترجم).

المألوفة، بل تصورات جد غريبة. فيبدأ يحس وكأن رأسه انتفخ أو أصبح أكبر من حجمه، وربما يشعر أن رأسه قد تضاءل فصغر حجمه. ويروح يتحدث عن أطرافه بأنها أطول أو أقصر مما كانت عليه، ويقول لك بأن لسانه أسمك من حجمه الحقيقي وأغلظ ...إلخ.

وجميع هذه الإدراكات الحسية الزائفة تضغط على المريض فتخيفه وتؤثر على الجهاز الحركيّ كله فيضطرب وتضطرب معه حركاته الظاهرة. لذلك يلاحظ على المريض أنه يقفز من فراشه مذعوراً من مخاوفه تلك، فيريد أن يولي هارباً. وعندما يشفى المريض من الهذيان المعدي ومن عدواه، فإنه لا يبرأ تماماً من هذه العدوى، بل يبقى في نفسيته شيء من بواقيها، ويطلق على ذلك في الطب النفسي الهذيان المتبقي، أو رواسب الهذيان Residual Delirium. لكن الرواسب أو البواقي هذه لا تطول كثيراً، بل يُنتظَر زوالها بعد لأي[1] من الزمن.

وبالتالي، فإن الاعتقاد السائد في الأوساط الطبية هو أن العدوى الهذيانية، تكون ناجمة عن أسباب تسمّمية تصيب المخ.

وفي الحالات التي يطول فيها المرض ويشتد، فإنه يخلّف وراءه نقصاً عقلياً، وحالات ذهانية تتمثل فيها الحالات الآتية:

1 - إدراكات مشوّهة.
2 - خداعات وهمية.
3 - هلوسات بصرية.
4 - نقصاً عقلياً واضحاً.
5 - وهن عصبي - نفسي.

أما علاج عدوى الذهانات، فإنه يتوقف على الأسباب المرضية التي

(1) اللأي: لغةً هي الفترة غير المحددة بصورة دقيقة. (المترجم).

أدت إلى الذهانات؛ بمعنى البحث عن أسباب المرض المعدي الذي أدى إلى الذهان، ومعالجته، فتزول الأعراض الذهانية بزوال الأسباب التي أفضت إلى تلك الأعراض.

الذهانات الناجمة عن عدوى في الجهاز العصبي

هناك ضروب كثيرة من الذهانات، فمنها ما يكون مصدره نفسي محض، ومنها ما ترد أسبابه، كما مرّ من قبل، إلى عدوى وبائية، وهذه العدوى يكون موقع الإصابة بها في الدماغ، ومنها:

1 ـ الالتهابات السحائية.

2 ـ إلتهابات المخ.

فالالتهابات هذه تسمى وبائية لسرعة انتقال عدواها من جهة، ومن جهة أخرى لخطورتها وما تتركه على الذي يصاب بها من آثار جسمية ونفسية.

فالتهابات الدماغ مثلاً يتسبب فيها فيروس مجهري دقيق. وأول ما انتشر هذا المرض المعدي الوبائي وعرف على نطاق واسع عام 1915 ـ 1920.

إن ما يترتب على ذلك من مضاعفات لا حصر لها. أما العلاج، فيتمثل في الآتي:

gol):

Rp. Sol. Hexamethylenetetramini 40% 50.0

DS. In doses of 5-10 ml intravenously for 10 to 15 days.

Rp. Sol. Collargoli 2% 50.0

Steril!

DS. In doses of 5 ml intravenously once daily for 10 to 15 days.

In certain cases, a favourable effect is produced by the administration of

Ellargol (a colloidal silver preparation): 0.5 millilitre of Ellargol dissolved in two or three millilitres of physiological saline is injected into the spinal cord following aspiration of two or three millilitres of cerebrospinal fluid. The same medicine may be prescribed for intravenous and intramuscular injections in doses of five to ten millilitres. Ellargol can be administered intravenously and intramuscularly every day, but injections into the spinal cord must not be more frequent than once every five days. In the acute period of the disease, many recommend intravenous infusions of a 10 per cent solution of sodium iodide in ten millilitre doses. In certain cases, injections of a polyvalent streptococcal vaccine in five millilitre doses twice weekly are helpful.

After recovery from the acute stage of the disease nervous debility is noted, as a rule, in the form of a symptom-complex resembling the syndrome of emotional hyperaesthesia. There is weakness, weeping, and insomnia, for which the patient is treated with tonics and strengthening measures. In these postinfection asthenias ordinary soporifics not infrequently produce an effect opposite to what is expected, i.e. produce insomnia. In recent years these states, particularly in cases of recurrent subfebrility, have been relieved by intravenous infusions of five millilitre doses of acriflavine (try-paflavine).

As with any acute infectious disease, careful nursing is required in the acute stage of epidemic encephalitis. Oral and skin hygiene is necessary since the patient is liable to various trophic disturbances.

The chronic stage of epidemic encephalitis is treated with remedies to reduce the symptoms of stiffness, rigidity, and tremor, the most effective of which are curare, hyoscine (scopolamine), harmine. Some prescriptions are as follows:

Rp. Curare 0.1

Aq. Destill. 10.0

Ac. muriatici dil. gtt. X

Steril!

MDS. Subcutaneously, 0.1 ml daily

Rp. Curare 0.05

Glycerini 5.0

Steril!

MDS. 0.25 ml subcutaneously

Curare may also be injected subcutaneously in a dose of 0.0005 gramme in physiological saline. It should be noted that prolonged treatment with curare-type preparations is contraindicated since there is a risk of disturbances of the respiratory muscles. They must not be administered more often than once daily two or three times a week, and not longer than over a fortnight.

With parkinsonian rigidity a favourable effect is produced by Tropacin administered in a dose of 0.012 gramme two or three times in 24 hours during the first week, then in a dose of 0.025 gramme a day over a period of three weeks, the course of treatment lasting for one month. In cases of chronic parkinsonism with symptoms of severe stiffness, extra-pyramidal tremor and excessive hypersalivation. Galantamine, trihexphenidyl (Artane), Pipolphen, chlorneoantegran (Suprastin), Cyclodol, diethazine (Dinesin) are employed.

Rp. Sol. Galantamini 1% 1.0

D.t.d. N. 10

S. 0.5 ml 1-2 times daily.

Rp. Artani 0.002 (0.005)

D.t.d. N. 50 in tabul.

S. On the first day 1 mg; on the second, 2 mg, increasing the dose by 2 mg daily to a total of 6-10 mg in 24 hrs.

Rp. Rad. Atropae Belladonnae 25.0

Vini albi 500.0

Carbonia animalis 0.5

MDS. From 5 to 35 ml for a dose.

The mixture is boiled for ten minutes before use. It is taken in five millilitre doses once daily, gradually increasing to 35 millilitres.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك التهابات أخرى معدية وتتّسم بالشدة، وعنها تنجم ذهانات ومضاعفات، ومن هذه الالتهابات التي تؤثر على الدماغ:

1 ـ إلتهابات تنجم عن الإصابة بالإنفلونزا الحادة، وتعالج بالمضادات الحيوية.

2 ـ إلتهابات تنشأ عن الروماتيزم المزمن، وتعالج بالعلاجات المركبة من عدة مضادات.

الفصل الثاني عشر

سفلس الجهاز العصبي المركزي

- سفلس الدماغ والذهانات الناجمة عن مراحله المبكرة
- الخبل السفلسي والشلل الكاذب السفلسي
- الهلاس السفلسي وحالة البارانويا
- الشلل العام المتزايد

الفصل الثاني عشر

سفلس الجهاز العصبي المركزي

مرض السفلس كان وما زال يحتل حيّزاً فسيحاً بين الأمراض المعدية التي تصيب الجهاز العصبي المركزي فتعطبه. وطبقاً لإحصاءات مؤسسات الطب النفسي التي توالت منذ نهاية القرن التاسع عشر حتى مطلع القرن العشرين هذا، فقد تبين أن المرضى بالذهان نتيجة السفلس الذين يراجعون المستشفيات أو رقدوا فيها للعلاج، قد بلغت 20٪. غير أن هذه النسبة أخذت بالتناقص، فهي اليوم لا تتجاوز 0,2٪[1].

سفلس الدماغ والذهانات الناجمة عن مراحله المبكرة

ينشأ الوهن السفلسي Syphilitic Asthenia، أو الوهن العصبي Neuroasthenia، ويتطور عادة بصورة سريعة بعد الإصابة بمرض السفلس مباشرة. وفي هذه الحالة لا يكون المؤثر الرئيسي على الصحة، مرض السفلس وحده، بل تضاف إليه مضاعفات نفسية، فيكون المرض على الإنسان مزدوجاً. فتتمثل أعراض ذلك عادة من الحالات الآتية التي تنتاب المريض، منها مثلاً:

1 ـ إضطرابات النوم.

(1) لعل التناقص في الإصابة بمرض الذهان السفلسي راجع إلى وعي الناس بمخاطر مرض السفلس من جهة، ومن جهة أخرى يعزى إلى العلاجات الناجعة في الوقت الحاضر، الأمر الذي لم تكن أسبابه متوفرة من قبل. (المترجم).

2 ـ سرعة التهيج والاستسلام للغضب لأبسط الأسباب.

3 ـ الشعور السريع بالتعب لأقل إجهاد.

4 ـ تدهور قوى الذاكرة.

5 ـ الصداع المستمر.

6 ـ الإحساس بالتوعك الدائم[1].

وأيّاً كان الأمر، فإن الوهن العصبي السفلسي ينشأ نتيجة لردة فعل الجهاز العصبي للتغيرات الطارئة المتأتية من العدوى السفلسية.

فما أن يصاب الشخص بعدوى السفلس حتى تبدو على جسمه كثير من أمارات العدوى والنذر[2] التي تشير إلى وجود الوباء وانتشار كثير من الأمراض المعدية المصاحبة لمرض السفلس في الجسم. وأولى طلائع تفشي الداء لدى الشخص المصاب هي الحمّى السفلسية وتضخم الكبد والطحال، وهي حالة تعرف بـ (تيفوئيد السفلس)، أو يطلق عليها: (التيفوس). فيشكو المرضى من:

1 ـ شدة الصداع.

2 ـ تنمّلات وإحساسات مزعجة في جميع أجزاء الجسم.

3 ـ يصاب المريض أحياناً باليرقان Jaundice.

4 ـ زيادة الزلال في البول.

وهذه الاضطرابات المذكورة كافة، وغيرها، إنما تتأتى نتيجة لتسمم الجهاز العصبي؛ إذ إن تسمم الجهاز العصبي يعد السبب الرئيسي في نشأة هذه الاضطرابات المرضية. وأساس كل هذه الأعراض هو السفلس.

فمرض السفلس يؤدي إلى اضطرابات نفسية مزمنة، وتترتب عليه

---

(1) توعك الصحة Malaise الناجم عن السفلس يتسم بالاستمرارية، ولا يكاد التوعك يزايل المريض. (المترجم).

(2) النذر (بضم النون والذال): جمع نذير. (المترجم).

ذهانات مردها إلى إصابة الدماغ بداء السفلس. وأهم ما ينشأ عن السفلس من مضاعفات، يمكن أن نذكر مثلاً:

1 ـ عملية التهابية محددة تصيب الجهاز السحائي في الدماغ، وبخاصة الجزء الأسفل من الدماغ.

2 ـ تداخل شرايين الدماغ الصغيرة فيما بينها نتيجة لما يصيبها من أعطاب.

ينجم عن الإصابة بالسفلس أيضاً عدة أمراض، منها المرض المسمى:

الخبل السفلسي والشلل الكاذب السفلسي

إصابة أوعية المخ الدقيقة إصابة مباشرة ومؤثرة، تؤدي إلى تطور مرضي بطيء في الدماغ فيؤدي إلى خلل عضوي ينجم عنه نوع من أنواع الخبل. ويعقب ذلك تدهور في الذاكرة وانحطاط تدريجي في القوى العقلية.

فما هي مظاهر ذلك الدالة عليها؟

من الأعراض التي تدل غلى ذلك صداع دائم يصحبه انخفاض في النشاط الحيوي عند المريض، ويضاف إلى ذلك اضطراب سلوكي، وتدهور متزايد في الذاكرة.

يضاف إلى ما تقدم يكون هناك تفكك في قدرة العقل على التركيب والربط المنطقي بين الأشياء، وعدم القدرة على التعامل مع أبسط الأرقام.

يتزامن مع ذلك كله، عدم قدرة المريض على التعرف على أعمار من هم معه من نزلاء المستشفى، ويعجز عن التعرف على عناصر محتويات محيطه، فهو يفقدِ كل قدرة على الإدراك. وإذا ما استفحل الخبل، وصحبه اضطراب في النطق والكلام، فإنه يصبح من الصعوبة التمييز بين مرض

الخبل، ومرض الشلل الكاذب Pseudoparalysis، بل يجب في هذه الحالة الميل أكثر إلى اعتبار الشلل الكاذب السفلسي هو السائد.

في مثل هذه الحالات من الذهانات السفلسية، تنشأ هناك عند المريض ضروب شتى من الأعراض الصوتية الخاصة بالنطق والكلام، منها على سبيل المثال:

1 ـ العجز عن رد المعاني إلى أصولها[1] Agnosia.

2 ـ الحُبسة الكلامية[2] Aphasia.

الهلاس[3] السفلسي وحالة البارنويا

سفلس الدماغ يصحبه أحياناً هلاس Hallucinosis، يتسم في الغالب بضروب من:

---

(1) العجز عن إعطاء معنى لما يشعر به المريض من أحاسيس خلل ينشأ نتيجة لإصابة المخ بعطب بسبب مرض فيروسي أو بسبب عطل يصيب الشرايين المخية الدقيقة. (المترجم).

(2) الحبسة الكلامية: هي عجز الفرد، لأي سبب كان، عن النطق كما ينبغي وبشكل طبيعي، ومنها أعراض شتى:
(أ) عدم القدرة على الكتابة Agraphia.
(ب) عدم القدرة على القراءة Alexia.
(ج) عدم القدرة على محاكات الحركات والإيماءات Aminia.
(د) عدم القدرة على التلفظ بالكلام Anorthria.
(هـ) عدم القدرة على التعرف على أجزاء البدن Aphonia.
(و) العجز عن استحداث أصوات معينة Agnosis.
(ز) العجز عن الربط بين المنبه الحسّي ومعناه وما يرمي إليه. ويطلق على ذلك Autognosia. (المترجم).

(3) الهلاس Hallucinosis: إضطراب عقلي يتسم بالهلوسات العقلية المزيفة. (المترجم).

1 ـ الهلوسات Hallucinations.

2 ـ حالات برانويا Paranoia State.

3 ـ أفكار وهمية Delusions.

4 ـ إحساسات بالاضطهاد Persecutions.

مرض الهلاس ينمو عند المريض ببطء حتى يستفحل أمره. وبداياته تتسم بعدم ظهور ما ينمّ على وجوده في شخصية الشخص المصاب به، وإن كان يبدأ أحياناً يتشكك بوجود أصوات تناديه، وأصوات تسبّه وتشتمه، ويظن أحياناً ظنّاً راسخاً بأن أناس الجيرة وزملاءه في العمل يكيدون له. وفي النهاية تتطور حالته إلى الأسوأ، فتتفاقم عند المريض الأوهام، وتزداد الاضطرابات الذهانية، وتبدأ تظهر عنده حالات من التشنج الصرعي.

وحالات التشنج الصرعي تكثر في الغالب في حالات:

1 ـ الالتهاب السحائي.

2 ـ الالتهابات الدماغية بوجه عام.

لذلك فإن تشخيص هذه الحالات تشخيصاً فارقاً يواجه صعوبة؛ وبخاصة في حالة التمييز بين الشلل الكاذب وحالات البارانويا الاهتلاسية. وذلك لأن كلا من هذين المرضين يحدثان، كما مرّ من قبل، بسبب إصابة الدماغ بالسفلس. الأمر الذي يترتب عليه إعطاب المخ بعطب يضرّ به ويؤذيه فيتلف أجزاء منه.

أما العلاج الوقائي من السفلس وآفاته، فيتم بواسطة ما أصبح يسمى في الأوساط الطبية: **العلاجات المضادة للأمراض السفلسية وهي كالآتي:**

organic arsenic compounds, bismuth, mercury, and iodine preparations. In recent years. spectacular results have been achieved in antibiotic therapy.

Of the organic arsenicals neoarsphenamine, sulpharsphenamine, and

acetarsone are used. Neoarsphenamine (Novarsenol) is infused intravenously, beginning with doses of 0.15 gramme dissolved in five milliliters of water. The infusions must be given slowly, with a check on the correct position of the needle in the vein. The course of treatment requires three or four grammes of neoarsphenamine. Sulpharsphenamine (Myarsenol) is equally efficacious. It is diluted in the same proportion as Novarsenol, and the dose for a course of treatment is also three to four grammes. Sulpharsphenamine is only injected intramuscularly.

Acetarsone (Osarsol) is usually dispensed in tablets of 0.25 gramme and is used mainly for treating gummatous syphilis and syphilis of the smaller blood vessels. The preparation can be administered per os in doses of 0.25 to one gramme on an empty stomach. The cycle of therapy lasts five days followed by a three-day interval, after which treatment is resumed. The total dose of acetarsone for a course of treatment is 40 grammes.

It is not recommended to use arsenical drugs in the initial stages of syphilis, particularly in the primary period of infection (syphilitic typhoid, delirium) because of the likelihood of exacerbation. Absolute contraindications are also diseases of the kidneys, liver, diabetes, decompensated heart defects, diseases of the optic apparatus (keratitis, iridocyclitis); relative contraindications are an age above 50 years, cachexia, and severe forms of anaemia.

Mercury agents have long been used in the treatment of syphilis and still retain their value. The most convenient method is injection of soluble and insoluble preparations - mercury bichloride and mercury cyanate. Both are usually used as a 2 per cent solution, injected intramuscularly in a dose of one millilitre every other day.

Soluble mercury compounds are prescribed as follows:

Rp. Hydrargyri cyanati 0.3

Aq. destill. 15.0

MDS. For intramuscular injections in a dose of 1 ml once in two days, 20 injections for a course.

Rp. Hydrargyri bichlorati corrosive 0.3

Aq. destill. 15.0

Natrii Chlorati purissimi 0.5

MDS. For intramuscular injections in a dose of 1 ml once in two days, 20 injections for a course.

Of the insoluble mercury preparations, mercury salicylate and calomel are used in the following prescriptions:

Rp. Hydrargyri salicylici basici 3.0

Ol. persicorum 27.0

Steril!

MDS. For intramuscular injection in 1 ml doses once in five days, 12-15 injections for a course.

Rp. Calomeli vapor porati 1.0

Ol. persicorum 9.0

Steril!

MDS. For intramuscular injections in 1 ml doses once in seven days.

Mercury drugs must be administered under a regular medical observation (periodic analyses of the urine and blood). The appearance in the urine of tube-casts, protein, or erythrocytes is a signal for termination of therapy. During treatment the patient must carefully clean his teeth and rinse his mouth with a weak sodium bicarbonate or boric acid solution, a warm solution of ethodin, or hydrogen peroxide.

Bismuth preparations, particularly Biiochinol, are widely used. Biiochinol is an 8 per cent suspension of iodine, quinine, and bismuth. It must be heated before use, and is administered intramuscularly in a total dose of 30 to 45 grammes for a course of treatment. Injections are given in doses of two or three grammes once every two days. During bismuth therapy a check must be kept on the condition of the oral cavity.

Iodine drugs are also extensively used, the best-known being potassium iodide and sodium iodide taken as a 3 per cent solution in one tablespoon doses three times daily before a meal. With adequate tolerance, the dose to be taken in 24 hours may be increased to 0.8 or 1.0 gramme. With haemorrhagic diathesis, iodine therapy is contraindicated.

Antibiotic therapy has proved efficacious. The penicillin dose required for a course of treatment is from eight million to ten million units. Many authorities recommend specific antisyphilis treatment to be carried out after penicillin therapy.

In treating neurosyphilis roborants should also be used, and symptomatic therapy, for example, with neuroleptics, soporifics, and other remedies, undertaken.

الشلل العام المتزايد

الشلل العام المتزايد الذي ينجم عن السفلس، مرض عقلي مزمن وحاد، يرتبط ارتباطاً مباشراً بعملية تدمير مباشر أيضاً وثيق الصلة بتكوين الدماغ، وكان المرض قد وصفه أول مرة بايل Bayle عام 1822.

ثمة فترة طويلة من الاحتضان Incubation، تمضي بين حصول العدوى بالسفلس وتطور المرض إلى حالاته السيئة، وقد تكون هذه التي يحصل خلالها الشلل العام (5) خمس سنين، وربما تكون (10) عشر سنوات، ولعلها تطول فتمتد إلى (15) خمس عشرة سنة. وهذا هو المعدل العام عادة. وفي حالات استثنائية فإن مدة الحضانة (الاحتضان) قد تكون أقصر أو أطول.

عدوى الشلل العام المتزايد يمكن أن تصيب 3٪ ـ 4٪ من المرضى الذين يتعرضون للإصابة بالسفلس.

خلال مرحلة تفاقم الشلل العام تظهر على المريض أعراض شتى منها، مثلاً:

1 ـ صداعات دائمة.

2 ـ ضعف عام في الطاقة الجسمية والنفسية.

3 ـ عدم الاكتراث للمعايير الأخلاقية العامة.

4 ـ القيام بأعمال سخيفة لافتة للانتباه، منها مثلاً ابتياع درازن من الأمشاط، من داعٍ يدعو إلى هذا السلوك، ودرازن من أنابيب معاجين الأسنان، ويبذر نقوده أو ما يحصل عليه من أجور في شراء أشياء تافهة لا حاجة له بها . . .إلخ.

5 ـ تدهور ظاهر في الذاكرة.

6 ـ فقدان القدرة العقلية على التعامل مع أبسط الأرقام الحسابية.

7 ـ البرود الانفعالي والعاطفي إزاء كل شيء في البيئة.

8 ـ هوس العظمة[1] Megalomenia.

9 ـ ظهور علامات الخبل.

10 ـ إستمرارية الاكتئاب.

11 ـ وكل هذه الأعراض تفضي في النتيجة إلى تفكك الشخصية ككل.

وكل الأعراض الآنفة تكون أسبابها كامنة في التغيرات التي تصيب الدماغ، ومنها:

1 ـ تضخم في بعض أجزاء المخ.

2 ـ ضمور في بعض أجزائه الأخرى.

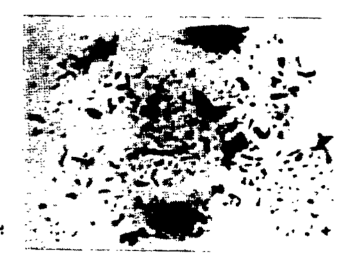
3 ـ إحتقان شرايين المخ وما ينتابها من تصلب نتيجة تخثر الدم في أوعية الدماغ الحشوية، كما يتضح ذلك من الصورتين التاليتين:

---

(1) هوس العظمة: هو مرض يحمل المريض به على المغالاة في أهمية ذاته. (المترجم):.



توضح الصورة الاستسقاء(1) الدماغي.



توضح الصورة حالة إصابة الدماغ بالتربونيما(2) نتيجة لمرض السفلس.

(1) إستسقاء الدماغ: هو انسداد البطينات الداخلية في الدماغ وتراكم كمية هائلة غير طبيعية من السائل المخي الشوكي في داخل الجمجمة، مما يؤدي إلى تلف أنسجة الدماغ،، ونتيجة لذلك فإن المريض يصاب بالنقص العقلي وبالعته. (المترجم).

(2) التربونيما Treponema Pallidum: ميكروب لولبي جرثومي دقيق يسبب مرض الزهري السفلسي. (المترجم).

الفصل الثالث عشر

الاضطرابات النفسجسمية

- إضطرابات نفسية مصحوبة بأمراض عضوية

الفصل الثالث عشر

الإضطرابات النفسجسمية

ما من مرض جسمي يصيب عضواً من أعضاء الجسد أو أي نظام في الجسم كله، إلاّ ويتداعى سائر الجهاز العصبي المركزي فيستجيب لذلك المرض الذي حلّ بجزء معين من الكيان العضوي للإنسان، وذلك استجابة للعملية المرضية Pathological Process الطارئة أو المزمنة.

وإن العلاقة بين الأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية كانت قد تم التعرف عليها منذ أمد بعيد. ففي كثير من الحالات تبين أن الاضطرابات المخية الحاصلة لسبب ما، تكون مصحوبة باضطرابات نفسية على نحو ما. فالاضطرابات النفسية تكون أحياناً ملازمة للأمراض الجسمية. بل إن الأمر ليتجاوز ذلك، ففي كثير من الأحيان نجد أن الاضطرابات النفسية تفاقم من خطورة الأمراض الجسمية العضوية، كما في حالات أمراض الكبد، والكليتين، واضطرابات الأيض[1] Metabolic Disorders، ونقص الفيتامينات، إصابة الغدد الصم بالعدوى، وغير ذلك كثير من الاضطرابات الجسمية: كلها يمكن أن تنشأ نتيجة للاضطرابات النفسية.

والتدهورات العقلية ذات الأساس العضوي تتفاوت في درجاتها، وتتباين في حدتها.

ففي بعض الحالات لا يظهر هناك علامات مرضية ظاهرة، سوى

(1) عملية الهدم والبناء في الجسم. (المترجم).

ردود فعل تبديها الشخصية بوجه، وتتمثل ردود الفعل هذه ببدوات نفسية ليست بذي بال. ولكن نرى في حالات أخرى، كما في حالات الاضطرابات الأيضية الحادة الناجمة عن أمراض جسمية جسيمة، أنه ينجم عنها تأثير خطير على الدماغ فتؤدي هذه بدورها إلى اضطرابات نفسية واختلالات تؤرق الأعصاب فتفضي إلى أمراض عصبية خطيرة كالذهانات.

فالوشيجة القوية بين الوحدة النفسية والوحدة الجسمية تعد الركيزة الأساسية وحجر الزاوية في أية نظرية تأخذ في الحسبان عوامل التطبيب النفسي ـ الجسمي.

إضطرابات نفسية مصحوبة بأمراض عضوية

هناك اضطرابات نفسية ـ عصبية Neuropsychic، تحدث ملازمة لأمراض عضوية هضمية، ولأمراض قلبية، ولأمراض تصيب الكليتين. ففي حالات أمراض القرحة، مثلاً، تظهر ثمة على المريض أعراض الوهن النفسي، وتصاحبه أعراض نفسية أخرى، منها:

1 ـ سرعة التهيج.
2 ـ سرعة التعب وشدته.
3 ـ الأرق واشتداده.
4 ـ الاضطراب الانفعالي.
5 ـ الاكتئاب.
6 ـ الميل إلى البكاء.
7 ـ إشتداد الحالات السوداوية.
8 ـ وأخيراً تتطور لدى المريض المخاوف الرهابية من الإصابة بالسرطان.

ومما يمكن ملاحظته بوضوح هو أن الاضطرابات النفسية تكون في الغالب مصاحبة للإصابة بمرض الكبد. وفي أغلب الأحيان تكون الالتهابات الكبدية Hepatitis مصحوبة بأمراض أخرى، منها:

1 ـ اليرقان.

2 ـ التهيج المزاجي.

3 ـ إشتداد الأرق.

4 ـ هلوسات منامية.

5 ـ صداعات دائمة.

6 ـ برود انفعالي ينم عن اللامبالاة.

7 ـ وقد يحل محل الأرق ميل إلى النوم بشكل غير طبيعي.

8 ـ زملات اهتلاسية ـ هذيانية.

وفي حالات ضمور الكبد نتيجة للإصابة المرضية، تشتد معه الأزمات النفسية الحادة إلى حد تفاقم الهذيانات إلى حد الخطورة. وأوضح علاقة بين الشكوى من اعتلال الكبد وبين الاضطرابات الوظيفية المتعلقة بالجهاز العصبي المركزي، يمكن أن تلاحظ بوضوح في حالات اضطرابات النمو والضمور الخاصين بالالتهابات الكبدية والمخية ويعبر عن ذلك بـ (مرض ويلسون)(1) Wilson's Disease.

ولا يقتصر الأمر على هذا القدر من الاضطرابات، بل أنه في كثير من الأمراض التي تنتاب الكليتين ـ الأمراض التي يطلق عليها الأمراض أو الالتهابات الكلوية، نجد المريض يشكو من أعراض وعاهات شتى منها، على سبيل المثال:

1 ـ الصداعات المزمنة.

2 ـ الدوخان.

3 ـ الإحساس بالتوعك المحض.

---

(1) سمّي هذا المرض باسم مكتشفه كينير ويلسون، إذ اكتشفه عام (1911)، والمرض نادر الحدوث، وينتج عنه تخلف عقلي مرتبط بما يصيب الكبد من تلف، وما يصيب المخ من عطب. (المترجم).

4 ـ إضطرابات انفعالية لا تطاق.

وفي حالات تسمم الدم ـ عند احتباس الفضلات في داخل خلايا الجسم ـ تظهر هناك عند المريض:

1 ـ هلوسات بصرية واضحة.

2 ـ هذيان شديد.

3 ـ إضطرابات في حركات الجسم.

وعندما تشتد أزمة احتباس هذه الفضلات في الدم، فإن المريض يمكن أن يصاب بفقد الوعي الشعوري، فيدخل في غيبوبة، ويمكن أن يصاب أيضاً بحالات من الاختلاجات الصرعية.

هناك اضطرابات نفسية أخرى تنشأ نتيجة لكثير من اضطرابات الأيض، ونتيجة لنقص في الفيتامينات التي يتطلبها الجسم. ومن أعراض ذلك:

1 ـ الوهن Debility والضعف العام.

2 ـ الكسل غير الطبيعي.

3 ـ النعاس بلا سبب.

4 ـ التعب الشديد والذي يهجم على المريض بسرعة.

5 ـ الإعياء والإحساس بالإجهاد من غير داعٍ إلى ذلك.

6 ـ تناقص الطاقة إلى العمل.

7 ـ تدهور شديد في الذاكرة.

8 ـ تدهور خطير في الانتباه لما يجري في البيئة.

وفي حالة نقص الفيتامينات الضرورية للجسم يمكن أن تترتب عليه اختلاجات صرعية: أي يمكن أن ينشأ عن ذلك نوعان من الصرع:

1 ـ النوبة الصرعية الكبرى، أو

2 ـ النوبة الصرعية الصغرى.

ثمة أمراض أخرى نفسية ـ جسمية، أو جسمية ـ نفسية، مما يبرهن على مدى التماسك بين الصحتين النفسية ـ الجسمية، والجسمية ـ النفسية.

فهناك مثلاً مرض الغدة الدرقية، وإن زيادة إفرازاتها أكثر من الحد الطبيعي لها، يؤدي إلى تسمم الجسم واختلال كل وظائفه، ومن علاماته تضخم الغدة الدرقية نفسها، وجحوظ حدقتي العينين. يصاحب ذلك ارتجاف الأصابع عندما تمتد، وارتعاش البدن كله ربما.

يضاف إلى ما تقدم يمكن أن تظهر الأعراض التالية:

1 ـ ضعف في العضلات.

2 ـ إضطرابات ذهنية.

3 ـ تجمّد محاجر العينين.

4 ـ تهيّج سريع.

5 ـ تقلبات مزاجية سريعة.

6 ـ تعب سريع.

7 ـ تناقص في القدرة على العمل.

وفضلاً عن ذلك، فإن تسمم الغدد الدرقية يمكن أن يترتب عليه:

1 ـ هلوسات.

2 ـ هذيانات.

3 ـ أحاسيس اضطهادية.

4 ـ هيجانات هوسية.

وهذه كلها تصاحبها حالات وأعراض اضطرابات نفسية متزايدة.

والعلاجات بالآيودين تلعب دوراً فعالاً في الحد من مخاطر هذه الأعراض وهذا المرض، وذلك باستخدام الأقراص الخاصة بهذا المرض وكالتالي:

Rp. Iodi puri 0.02

Kalii iodati 0.2

Phenobarbitali 0.4

Pulv. folia digitalis 1.0

Extr. Valerianae 4.0

Pulv. Liquerici q. s. ut f. pil. N. 40

DS. One pill twice daily at meals during 20 days

Iodine therapy is carried out at a 20 days' interval over a period of two or three months. In the intervals small doses of quinine and calcium are recommended.

Rp. Chinini sulfurici 0.05

Calcii glycerophosphorici 0.3

MDS. One tablet twice daily

A good effect is produced by a combination of mirodoses of iodine and methylthiouracil.

Rp. Iodi puri 0.02

Methylthiouracili 2.0

Pulv. Liquerici q. s. ut f. pil. N. 40

DS. One pill twice daily after a meal

هناك أمراض أخرى تكون الغدة الدرقية سبباً رئيسياً في حدوثها وإصابة الجسم بآفاتها، من تلك الأمراض، مثلاً:

1 ـ الخزب Myxoedemia، من أعراضه جفاف الجلد، وتدهور القوى العقلية، واضطرابات نفسية تفضي إلى الجنون.

2 ـ تضخم الغدة الدرقية Endemic Goitre، وينشأ نتيجة لنقص اليود في ماء الشرب. يترتب عليه نقص في النمو، وتخلف عقلي.

3 ـ مرض التيتاني Tetany ويتأتى من نقص مادة الكالسيوم في الغدة المجاورة للدرقية[1]: Parathyroid.

4 ـ تضخم الأطراف Acromegaly وينجم عن عطب وخلل يصيب الغدة النخامية Pituitary.

5 ـ أمراض أخرى ناتجة عن أعطاب تصيب فص الغدة النخامية، فهي أمراض غريبة في تكوينها وفي أعراضها، وهي أعراض اضطرابية وظيفية وتدل على العلاقة بين الغدة النخامية هذه وبين الغدد الادرينالية. والمرض هذا أكثر ما يصيب النساء بالدرجة الأولى. ومن أعراضه عندما تصاب به النساء:

(أ) ضمور الأعضاء التناسلية.

(ب) توقف الدورة الشهرية.

(ج) ترهّل في الوجه، أو تغضن في تقاطيعه.

(د) ترهّل غير طبيعي في الجسم.

(هـ) إستدارة الوجه، ويعلوه لون أرجواني مشوّه.

(و) إضطراب في الجهاز العصبي المركزي، ويكون عادة اضطراباً خطيراً يؤثر على الجسم كله.

6 ـ مرض أديسون[2] Addison's Disease، يحدث هذا المرض في

---

(1) الغدة أو الغدد المجاورة للدرقية: وهي أربع غدد صغيرة صم، حجم الواحدة بقدر حبة البسلة، تفرز هورمونات ضرورية لعملية الهدم والبناء في الجسم. (المترجم).

(2) يتسم مرض اديسون، نسبة إلى مكتشفه، بسمات وأعراض مرضية، منها:
(أ) وهن شديد.
(ب) فقر دم شديد (أنيميا).
(ج) إضطرابات مستفظعة في الجهاز الهضمي.
(د) إستحالة لون الجلد إلى لون مشوّه. (المترجم).

المرحلة العمرية فيما بين (20 ـ 40 سنة) من العمر، وهو أكثر انتشاراً بين الرجال منه بين النساء. وسببه الرئيسي هو خلل واضطراب يصيب الغدد الادرينالية. وفي الحالات النموذجية فإن التشخيص يكون سهلاً جداً. ومن أعراضه:

(أ) وهن القوة الحيوية Adynamia.

(ب) إنخفاض ضغط الدم.

(ج) تبقّع الجلد ببقع برونزية اللون.

(د) إضطرابات إخراجية كالتقيؤ والإسهال.

وللمرض علائم مبكرة منها يستدل عليه، منها:

(أ) التعب السريع.

(ب) الأرق الدائم.

(ج) الاكتئاب.

(د) وأحياناً يكون المرض مصحوباً بلزمات صرعية.

تصاحب المرض أعراض نفسية منها:

(أ) حالات ذهانية حادة.

(ب) قلق حاد.

(ج) أوهام اضطهادية.

ويعالج مرض أديسون كالآتي؛

(أ) Adrenocortical Remedies؛

(ب) Cortisone؛

(ج) Cortin.

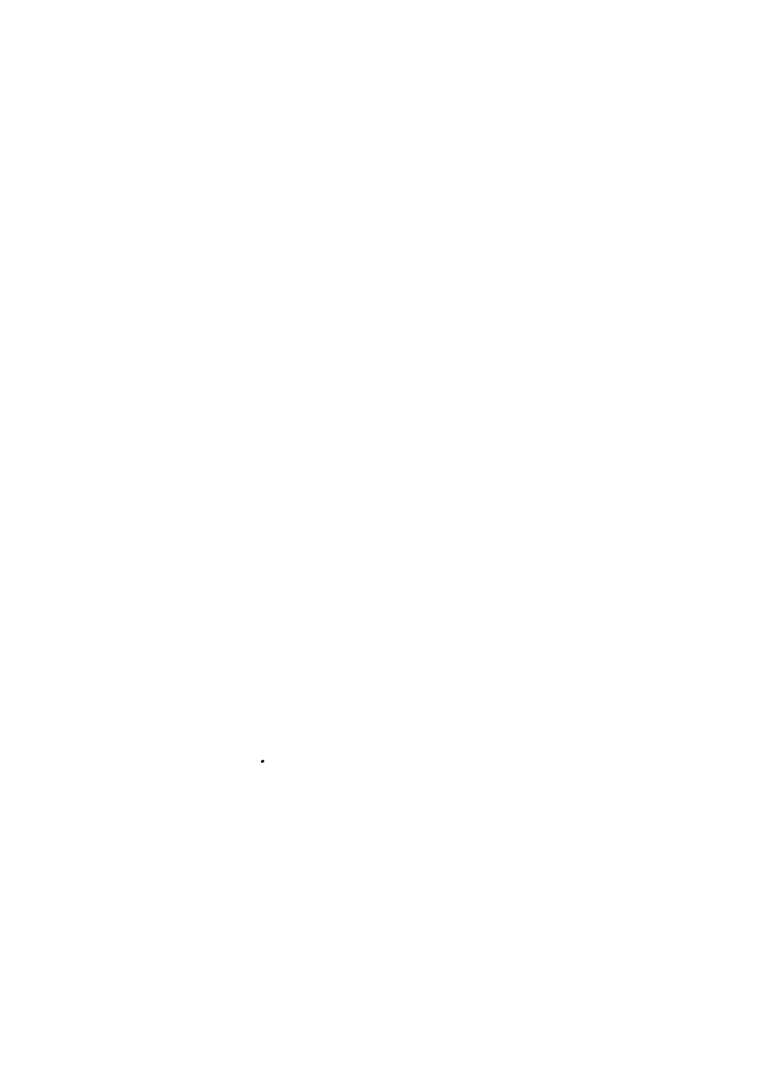
7 ـ أمراض البول السكري Diabetes Mellitus، وينشأ عن أسباب شتى. وإذا ما عولج في وقت مبكر، فإنه لا خطورة منه على تدهور قوى العقل. لكن الحالات الشديدة من تفاقمه يترتب عليها:

(أ) وهن عام معقد[1] يؤثر على قوى العقل أيضاً.
(ب) ضعف عام في القوى الحيوية.
(ج) صداعات مستمرة.
(د) نعاسي سباتي.
(هـ) الوهن النفسي.
(و) تقلبات مزاجية.
(ز) إكتئاب.
(ح) وفي الحالات الشديدة يمكن أن تحصل حالات إغماء تسمى الإغماءات الناجمة عن زيادة السكر في البول Diabetic Coma.
(ط) وأحياناً تحصل لزمات صرعية.

(1) الوهن العام المعقد Languor: حالة عقلية - عصبية - عضلية، يشعر معها المرء بما يلي:
(أ) تعب شديد.
(ب) النعاس الشديد بدون سبب.
(ج) النوم السباتي.
(د) وفي حالة اليقظة يشعر المريض بالاكتئاب. (المترجم).

الفصل الرابع عشر

الاضطرابات النفسية الناجمة عن الأمراض الإشعاعية



الفصل الرابع عشر

الاضطرابات النفسية الناجمة
عن الأمراض الإشعاعية

إن تعرض الإنسان إلى التأثيرات الإشعاعية يسبب له نتائج مرضية وخيمة يطلق عليها (الأمراض الإشعاعية). وإنّ ما ينجم عن الإشعاعات، ومخاطرها على الإنسان، وما يتعرض له من جرائها من اضطرابات جسمية، وعصبية، ونفسية، يتوقف على مقدار الإشعاع وكميته ومدة التعرض له، كما يتوقف الأمر على الحالة الصحية والبنية الجسمية التي يكون عليها المصاب قبل تعرضه للإصابة بالإشعاع.

أظهرت الدراسات العديدة التي أجريت على أناس تعرضوا لإشعاعات ضارة، أن هناك أنواعاً من الأمراض النفسية تنجم عن تلك الإشعاعات، فمن هذه الأمراض مثلاً:

1 ـ تأثر الجهاز العصبي المركزي بشكل عام.
2 ـ حالات من الاكتئاب تبقى ملازمة للأفراد الذين تعرضوا لتلك الإشعاعات. .
3 ـ ظهور حالات الوهن النفسي والعصبي.
4 ـ بروز حالات من الذهول.
5 ـ ظهور حالات الهذيان.

وإن التحسن الذي ينتظر أن يطرأ مرهون بما يمكن أن يكون هناك من تحسن في التكوين الجسمي.

وقد لوحظ أنه في الحالات الإشعاعية الخطيرة، يكون مقدار الخطر هذا أبعد مدى، إذ يصيب بأثره السيّىء القتّال 50٪ من الحالات، إن لم يزد على ذلك. وتصاحب حالات هذه النسبة، أعراض خطيرة تبقى مستمرة فترة طويلة تنتهي بالمآسي، فمن هذه الأعراض:

1 ـ التقيّؤ المستمر.

2 ـ الغثيان الدائم.

3 ـ الإسهال المستمر.

في حالات التعرض للإشعاعات الخفيفة يمكن أن يحصل التحسن خلال ثلاثة أو أربعة أيام. ولكن قد تحدث حالات انتكاس بعد مضي عشرة أيام أو أكثر. ومن علامات الانتكاس هذا العلامات الآتية:

1 ـ ضعف عام.

2 ـ خمول عام.

3 ـ إحساس بالتعب السريع.

4 ـ شعور بالخوف الشديد

5 ـ فقدان الشهية للطعام.

6 ـ إرتفاع درجة الحرارة.

7 ـ الإصابة بقرحة الأغشية المخاطية.

8 ـ تقرّحات جلدية دامية.

ومثل هذه الأعراض توحي بأنها نذير على الاقتراب من دخول المريض في المرحلة الثانية من المرض: أي أنها دليل على الانتقال من المرحلة الأخف إلى المرحلة الأشد.

وعند الانتقال إلى المرحلة الثانية تصبح حالة المريض بالإشعاع أسوأ بكثير مما كان عليه، إذ تشتد عليه:

1 ـ الصداعات القوية المبرّحة.
2 ـ الطنين المزعج في الأذنين.
3 ـ الدوخان الدائم.
4 ـ إشتداد ألم العضلات والمفاصل والأطراف.
5 ـ آلام مبرّحة في العظام.
6 ـ صليل عام في الجسم.
7 ـ تصبح الأعصاب الداخلية وكأنها محتقنة.

في المرحلة الثالثة من مرض الإشعاع، تحصل ثمة مضاعفات، منها مثلاً:

1 ـ تغيّر مفاجىء في الوضع النفسي.
2 ـ تظهر على المريض أعراض النسيان.
3 ـ يصاب باضطرابات نفسية ـ حسية.
4 ـ إلتهاب الجملة العصبية.
5 ـ الإصابة بعدوى الدم.

كشفت التجارب التي أجريت على الحيوانات أن الأمراض الإشعاعية التي تعرضت لها تلك الحيوانات التجريبية، قد أثرت فيها على خلق حالات التوتر، والضيق، والنرفزة، وفقدان التوازن، والتأثير على الحركة عندها، وتأثر بشكل ملحوظ لديها العمليات العصبية، فلم تعد تعمل بشكلها الطبيعي.

من الأعراض النفسية التي تنشأ نتيجة للتعرض للإشعاعات، يمكن أن نذكر مثلاً:

1 ـ حالات من الذهان.
2 ـ حالات حادة من الكآبة المستمرة.
3 ـ مخاوف رهابية.

4 ـ شرود ذهني دائم.

لذلك يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار، الاحتياطات اللازمة لحماية العاملين في المصانع التي تكثر فيها الإشعاعات الأيونية (Ionizing Radiation). ولذلك يجب أن تراعى شروطه وقواعد السلامة التي ينبغي توفيرها للعاملين في المصالح التي يكثر فيها التعرض للأشعة السينية (أشعة إكس X-ray Radiation).

ويجدر التأكيد على أن التعرض للأمراض الإشعاعية يؤثر على أمراض المخ بشكل أساسي، وتؤثر الإشعاعات بصورة خاصة على منطقة المهاد المخي من الدماغ، وعلى منطقة الجسم النخامي منه. تضاف إلى ذلك حالات نفسية ـ جسمية سيئة منها:

1 ـ حالات من التخشب.

2 ـ حالات من الاكتئاب القلقي.

3 ـ إضطرابات حادة تنتاب الجهاز الحيوي من الجسم.

4 ـ فقدان القدرة على التكيف لمتطلبات البيئة، من ذلك مثلاً لا يعود المريض بالإشعاع يتحمل تغيرات:

(أ) البرودة.

(ب) الحرارة.

(ج) الضغط الجوي.

أما العلاج فيتمثل في الآتي:

In the treatment of acute radiation sickness the important remedies are disintoxicating agents, general tonics and stimulants of blood cell formation. Therapy of chronic radiation sickness is based on the same principles, with special measures being taken to restore the immunobiological defences of the body and provide adequate safety and hygienic conditions of work.

الفصل الخامس عشر

العلاج النفسي

الفصل الخامس عشر

العلاج النفسي

العامل النفسي Psychic Factor يمكن أن يستخدم بمعنيين اثنين هما:

الأول: يمكن استعماله في ميدان العلاج: Treatment.

الثاني: يمكن الإفادة منه في مجال العلاج الوقائي: Prophylaxis للتخلص من أمراض شتى.

العلاج النفسي Psychotherapy بمعناه الأوسع، إنما هو نظام علمي Scientific System يستدل منه على العلاقات الإنسانية التي تقوم بين الطبيب والمريض. إنه نظام يتكون من إجراءات مختلفة ومعقدة، ومن بين هذه الإجراءات بوسعنا أن نذكر، مثلاً:

1 ـ التنويم المغناطيسي Hypnotism.

2 ـ العلاج بالإيحاء Suggestion والمريض في حالة يقظة.

3 ـ التأثير على شخصية Personality المريض لتغيير سلوكه إلى الأحسن.

4 ـ غرس القيم Values الطيبة في نفسه لتقويم العلاقات الإيجابية بينه وين أسرته، وبينه وبين سائر الناس في محيطه الاجتماعي بصورة عامة.

ولا يقتصر الأمر على الطبيب النفسي وحده، وإنما يلزم الأمر كذلك كل طبيب، أيّاً كان تخصصه، بأن يحذق أساليب Methods العلاج

النفسي، وأن يتمكن منها ليكون ملمّاً حقاً بكيفية تطبيقها على وجهها السليم في مرانه اليومي وفي ممارسة مهمته التي ألزم بها نفسه.

لا جدال في حقيقة أن الناس يختلفون حسب فروقهم الفردية في ردود أفعالهم المرضية وفي استجاباتهم التي تختلف كثيراً نحو أي مرض يتعرضون له. فبعضهم يستحوذ عليهم اليأس حال سماعهم ما ينطق به الطبيب المعالج من تشخيص، لذا تراهم يضخمون حالتهم إلى حد مغالى فيه، وإنهم بالتالي يستسلمون إلى أفكار سوداء تعكّر عليهم صفو حياتهم. وعلى النقيض من هؤلاء، تجد آخرين لا يأبهون كثيراً لحالتهم الصحية، فيكونون بذلك على استعداد لمقاومة المرض، فلا يخلدون إلى الفراش، ولا يكترثون لما يُلمُّ بهم من آلام.

فأي الفريقين يحتاج إلى العلاج؟

في واقع الحال، كلا النمطين يتطلب علاجاً طبّياً، بيد أن الأسلوب الذي يجب أن يتبع حيال كل من النمطين يختلف بطبيعة الحال تمام الاختلاف. فعلى الطبيب في بعض الحالات أن يعيد للمريض الثقة بنفسه وأن يوقظ لديه مكامن أرادته لدرء المرض من أجل الشفاء. وفي حالات أخرى تكون مهمة الطبيب Doctor's Task مختلفة تمام الاختلاف في هذا السياق، إذ يتعين عليه إقناع المريض وحمله على الاهتمام بعوامل صحته ليتخلّص بذلك من بوادر علته. وهنا تتبدى مهارة الطبيب، فإنه وهو يمارس هكذا دوره، لا يجعل المريض يتأرجح بين عدم اكتراث بصحته أو ينساق إلى النقيض فيرتمي في أتون القلق جراء المبالغة في علته.

وما لم يكن الطبيب حاذقاً في مهنته وما لم يكن ماهراً في دربته، وما لم يستطع رد كل علة إلى أسبابها، فإنه في هذه الحالة لا يكون فقط عاجزاً عن إعانة المريض للتخفف من مقاساته، بل إنه يكون بدلاً من ذلك

سبباً في تفاقم معاناته. وقد آن لنا الآن أن نذكر حقيقة: تلك هي أن نومىء إلى ضروب شتى من مرض الذهان Psychosis يتأتى جملة وتفصيلاً من نقص بيّن في مهارة الطبيب وقلة كفايته Competence، بمعنى آخر يجب التحرز ضد ما يحتمل أن يصيب المريض من عصابات مرضية تضاف إلى أمراض(1) المريض جراء خطأ مهني طبّي سلوكي يرتكبه الطبيب دونما قصد منه، وإنما يقع فيه نتيجة قلة مرانه وضآلة مهارته.

المرض الوظيفي الناشىء عن سوء تقدير من جانب الطبيب ينطوي عادة على حالات يتمثل فيها:

1 ـ الخوف.

2 ـ القلق.

3 ـ أفكار حصرية.

4 ـ مخاوف رهابية وسواسية.

كل هذه الأعراض تنشأ نتيجة ما يصدر عن الطبيب من عبارات وتعليقات غير متحرزة أو يطلقها على عواهنها. فمن أمثال الأخطاء الوظيفية التي يمكن أن تقع: أن يقول طبيب أقدم أخصائي إلى طبيب خريج جديد مقيم يرافقه في جولته على المرضى: (هذا المريض يعاني من عجز في القلب). وعندما يسمع المريض هذه العبارة، فإنه يبدأ يعاني من القلق إلى جانب معاناته الأصلية. فهذا المريض كان فيما سبق يداري مرض قلبه بالهدوء والتؤدة، يأخذ بمكابدة الخوف والقلق فتتطور لديه لازمة قلبية شديدة، وتلازمه زملة خواف(2) قلبي.

---

(1) إستخدم المؤلفان كلمة Iatrogeny ومعناها الاضطراب الوظيفي الذي يكون خطأ الطبيب طرفاً في مضاعفاته. (المترجم).

(2) خواف، بوزن فعال (بضم الفاء): ترجمة لكلمة Phobia التي تعني، أو بالأحرى تترجم أيضاً، (رُهاب) بضم الراء. والخواف أو الرهاب: مخاوف غير طبيعية. (المترجم).

ومما تجدر ملاحظته أيضاً هو أن ما يصدر عن الطبيب من خطأ وظيفي لا يقتصر على تلك التلميحات المذكورة من قبل ولا يتوقف عندها، بل إنّ مثل هذا الخطأ قد يرتكب عندما يؤكد الطبيب للمريض بأنه بصحة تامة، وهو ـ المريض ـ في حقيقة الحال يعاني من قصور في صحته. والطبيب يعلم بواقع هذا القصور، لكنه يريد، كما يعتقد، بذر دواعي الأمل المؤكد لدى المريض. ومثل هذا التأكيد يضرّ ولا يفيد. ومثل على ذلك، حينما يقول الطبيب لإنسان مريض يعاني من قصور في القلب: (إنك من القوة والعافية في قلبك بحيث إنك تستطيع الآن أن تنهض وترقص!). فهذا قول لا يستند إلى أساس بل أنه يجعل المريض يظن بأنه ليس بمريض. لذلك فإن المريض في هذه الحالة يعرض عن العلاج ويعتقد بأن صحته تامة مما يعرّض قلبه وصحته للخطر. ولهذا فإن خرق أصول ومبادىء العلاج النفسي تفضي إلى ما لا تحمد عقباه: أي أنه يلزم أن تؤخذ كل حالة بمفردها ويتم النظر إليها من زاوية ظروفها ومسبباتها التي انتهت بالمريض إلى ما هو عليه. ذلك أن أي خطأ يُسْلِم المريضَ إلى الخطر بدلاً من أن يؤدي به إلى الشفاء المرتجى، بل إنه سيؤدي إلى تعقيدات خطيرة في سيرورة المرض ومشكلاته. ولكي يتفادى الطبيب المزالق والمخاطر، فما عليه إلاّ أن يضع دائماً نصب عينيه أنه يجب أن يكون طبيباً ومعالجاً نفسانياً قبل كل شيء.

إن أي علاج نفسي ينبغي أن يقوم على أسس منها:

1 ـ نظريات معروفة ومعتمدة.

2 ـ نظريات بافلوف الخاصة بالتنويم المغناطيسي والإيحاء.

3 ـ أن يتكىء العلاج النفسي على قواعد واضحة مجربة، ومنها قاعدة توثيق العلاقة بين شخصية المريض وبيئته.

ما من أحد يمكن أن يماري في حقيقة أن سلاح المعالج النفسي

الوحيد والأساسي هي الكلمة المنطوقة التي يتلفظ بها إلى مريضه. هذه الحقيقة لا تحتمل المماحكة. ذلك لأنه منذ أقدم العصور كان للكلمة سحرها وتأثيرها، ولذلك فإن قوة الكلمة بقيت قائمة وما برح الناس يعتقدون بأهميتها العلاجية، وبمكانتها في العلاج. وكان بافلوف قد ذكر أساساً علمياً للأهمية البيولوجية التي تتمتع بها الكلمة من حيث دلالتها في حياة الإنسان بوصفها مِنبّهاً ذا قوة مؤثرة في حياته السلوكية. ومن هذه المثابة انطلق بافلوف فكتب يقول: (نظراً لما يقطعه الشخص الكبير من أشواط في الحياة وما يخلفه وراءه من ذكريات وخبرات، فإن الكلمة في هذا كله تكون قد اقترنت بالمنبهات الخارجية والداخلية عنده حتى استقرت في المخ منه؛ إنها ـ الكلمة ـ إشارة Signal لكل شيء مرّ به، وإنها بديل عن كل ما صادفه من تلك المنبهات الماضيات. لذلك فإن الكلمة يمكن أن تنبه لدى الإنسان كامن الذكريات فتثير لديه سابق الخبرات وما كان قد تكيف له وما كونت عنده من اقترانات ارتبطت بتلك المنبهات).

فألفاظ المعالج النفساني وكلماته تسري في نفس المريض وتُحدث عنده تنبيهاً مكثفاً يتراكم في منطقة اللحاء المخي، متخذة لنفسها مكاناً أكيداً وعميقاً، وباقية محفورة في تلك المنطقة اللحائية المخية.

من أولى الأساليب العلاجية النفسية التي يتركها الطبيب في نفس المريض وتؤثر فيه هي حسن العلاقة التي يقيمها مع مريضه. فهذه حقيقة، لا ينبغي أن تغرب عن ذهن أي طبيب. وأول مقابلة يجريها الطبيب مع المريض يمكن أن تكون حاسمة في مستقبل العلاقات بينهما. فإذا هو أخفق ولم ينجح في كسب ثقة المريض، وهي ثقة لا مناص منها من أجل نجاح العملية العلاجية، فإنه يكون من الصعب عليه أن يكسب ثقته فيما بعد أو أن يستعيدها، وبالتالي فإنّ إجراءاته العلاجية لن تؤتي ثمارها المرجوة. ولقد قيل، وما هو بالقول الجزاف، إن شهرة الطبيب لا تتوقف على ماذا إذا

يستطيع أن يشفي المرضى من أمراضهم، ولا على الطريقة التي يتكلم بها إلى مرضاه، ولا على ما إذا كان يحادثهم أم لا، ولا على مقدار ما تراكم لديه من حالات علل وشكاوى وتذمرات، وما قصه عليه المرضى من حالاتهم[1] المرضية وتواريخها. فالمريض يدرك من أول وهلة ما إذا كان الطبيب مهتمّاً بحالته وبمرضه أم لا. وأن المريض ليبني اعتقاده هذا على نوعية الأسئلة التي يوجهها الطبيب إلى المريض. فكأن يسأل المريض: (ما هي علتك؟) فيجيب المريض أنه يشكو من آلام كثيرة. مما يحمل الطبيب بعدئذٍ أن يمطره بوابل من الأسئلة عن تاريخ المرض وأسباب العلل . . .إلخ. مما يحمل المريض على أن يخفف من ثقته بالطبيب. والثقة عنصر مهم في العلاج والشفاء. لذا يحسن بالطبيب أن تكون أسئلته على النحو الآتي:

1 ـ ماذا يؤلمه أكثر؟

2 ـ أي الأعراض يحتملها؟

3 ـ أي الأعراض تزعجه أكثر؟

فمثل هذه الأسئلة تكون ردّاً على جواب المريض أنه (يشكو من آلام كثيرة).

وإذا ما قال المريض مثلاً إنه يشكو صداعاً. فالأجدر بالطبيب أن يدوّن الملاحظات الآتية مثلاً:

1 ـ ما طبيعة هذا الصداع.

2 ـ الوقت الذي بدأ فيه المريض يشعر بهذا الصداع.

3 ـ منطقة الصداع في الدماغ ومكانها منه.

---

(1) إستخدم المؤلفان تعبير Anamnestic Data، وتعني حقائق قصصية عن الحالات المرضية، والاسم من ذلك هو Anamnesis. (المترجم).

4 ـ علاقة هذا الصداع بأية حالة فسيولوجية في الجسم.

وهذا الإجراء يكسب الطبيب دقة ويُحِلّهُ محل الثقة من مريضه. فلا يكفي، إذن، ولا يحسن بالطبيب الحاذق أن يدوّن بشكل روتيني ورتيب مسألة الصداع ويحسب أن مهمته قد انتهت. فالأسئلة التي توجه إلى المريض ينبغي أن تصاغ بعبارات منتقاة وأن يتم توجيهها إلى المريض بمهارة مصطفاة بحيث تقنع المريض بأنه بين يدي طبيب كفؤ لا تفوته صِغار التفصيلات وبأنه حقاً أهل للثقة المنشودة.

بيد أنه ينبغي التذكر كذلك أن تركيز الانتباه والاهتمام على أي عرض، تركيزاً مبالغاً فيه يمكن أن يأتي تماماً بنتائج عكسية، إذا ما حدس المريض من تلميحات الطبيب بأن مرضه بالغ الخطورة.

التحدث إلى المريض يعد الفن الأمثل في العلاج النفسي. فبعد الحديث المناسب يجريه الطبيب مع مريضه، يحس المريض عندئذٍ بالانشراح، وتهدأ نفسه، فلا يعود بعد ذلك نهباً للقلق.

والأسلوب الرئيسي لإقناع المريض والتأثير عليه بشكل إيجابي، هو المحادثة المتبادلة بصورة عقلانية، وتتكون مناقشته بشكل أساسي، من كيفية شرح أسباب مرضه، وحقيقة حالته الصحية بصورة دقيقة، وبألفاظ يتم تخيرها، وذلك لإطلاعه حقيقة أن مخاوفه الحوازية[1] الوسواسية إنما تعزى إلى ظروف معينة وأسباب محددة. وبذلك يتم حمل المريض بسهولة ولين على تقبل مرضه وفي هذا التقبل المعقول يكمن جزء من الشفاء. ولكن يجدر القول، وألا يكون غائباً عن البال، إن الناس أخوف ما يخافون الغموض والإبهام. وهذه حقيقة راسخة في تكوين الإنسان وفي طبيعته

(1) المخاوف الحوازية Obsessive Fears: مخاوف تتعلق في الغالب بخبرات سلبية في حياة الشخص المبتلىٰ بها، فهي هجاسية. (المترجم).

متأصلة. ولذلك فمن الطبيعي أن يعي الطبيب حقيقة معينة وهي: قبل إطلاع المريض على ميكانزمات مرضه، يتعين على الطبيب أن يقرر ما إذا كان مريضه يمكن أن يتفهم حالته المرضية بشكل هادىء وأن يتقبل وضعيته التي هو عليها.

إنّ موقفاً بالغ الحساسية كهذا لا شك يتطلب مهارة فائقة وحسن تقدير، وذلك من أجل تحاشي إثارة مخاوف لدى المريض لا لزوم لها، أو إثارة شكوك في نفسه لاداعي لها.

هذا، وإن أسلوب المناقشة العقلانية المؤثر، يعتمد كثيراً على التواصل المستمر بين الطبيب والمريض، ومثل هذا التواصل لا يكون ضرورياً فقط للاطّلاع عن كثب على معاناة المريض وتأريخ حالته، بل إنه كذلك موقف صميمي يجعل الطبيب على دراية تامة وصحيحة عن:

1 ـ إهتمامات المريض.
2 ـ مجريات حياته العامة.
3 ـ علاقاته بمحيطه الطبيعي والاجتماعي.
4 ـ حقيقة علاقاته بزملائه في مجال العمل.
5 ـ واقع انتماءاته.
6 ـ ميوله واتجاهاته.

مما يدور في خَلَدِ بعض الأطباء الجدد غير المجربين بعد لظروف الحياة أنه يمكنهم كسب ثقة المريض بمجرد إظهار التودد الزائف للمريض أو بواسطة امتداحه بدون سبب. فالطبطبة على الأكتاف، وتمسيد الرؤوس أو المسح عليها، أو استخدام الألقاب، هذه كلها لا تجدي نفعاً، بل إنها كثيراً ما تؤول إلى شحناء، أو إثارات انفعالية، أو إلى انعدام الثقة. كما لا يجوز للطبيب أن يشعر المريض بأن طبيبه رهن إشارته، وأنه يلبّي له كل ما يرغب فيه ويريده، فيحس المريض أن طبيبه متأثر به وليس العكس.

فمثل هذه الحالات، وإن كانت جد قليلة، يجب التحذير من مغبة الوقوع فيها. ذلك لأن بعض الأطباء الناشئين يخطئون التقدير في مثل هذه المواقف. فالطبيب يتعين عليه أن يعرف بأنه هو الذي يقود المريض إلى بر الأمان ليبرأ من مرضه.

في حالات خاصة على الطبيب أن يتعامل مع المريض بروح الود الظاهر، ولكنه ود مقرون بالحزم. ذلك لأن بعض المرضى يهملون وصايا الطبيب بضرورة التقيد بدقة انتظام تناول العلاجات والالتزام بشروطها. ومثل هذا الحزم ضرورة لازبة خاصة مع المرضى الذين لديهم استعدادات مرضية نفسية، ولا سيما في حالات الأشخاص السيكوباتيين الذين تظهر عليهم أحياناً علامات حب (الارتماء في أحضان المرض).

في العلاج النفسي يجدر بالطبيب أن يجتهد ما وسعه الإجتهاد في تعليم المريض كيف يعود من جديد أن يفكر تفكيراً منطقياً. وكان دوبوا Dubois، قد أكد على هذا الركن كثيراً. وفي أسلوبه هذا كان دوبوا قد اعتبر شخصية المريض منفصلة عن مكوناتها البيئية تماماً، أو أنها منتزعة عن سياق الجماعة. لذلك فإن مهمتنا في الطب النفسي لا تنتهي عند دراسة الإنسان ضمن نطاق محيطه، بل إنها تتجاوز ذلك إلى تمكينه من إعادة ارتباطه بالجماعة الاجتماعية كشخص سوي يتمتع بكل ما هناك وما لديه من علاقات اجتماعية ضرورية.

يربط الفرويديون العلاج النفسي بأساليب التحليل النفسي مفترضين أن العلاج المبني على التحليل النفسي هذا يرمي إلى توضيح ما هناك من عقد أسطورية غامضة Mythical Complexes ناجمة عن إحباطات جنسية يزعم أنها قابعة في متاهات اللاشعور. ومن المفهوم تماماً أن التحليل النفسي يتمخض عن نتائج سلبية، والسبب في ذلك هو لأنه ينطلق في مساره من افتراضات نظرية ـ وليست عملية ـ خاطئة.

ولا شك في أن الإيحاء Suggestion والإيحاء الذاتي Auto-suggestion وسيلتان مهمتان في تأكيد تأثيرهما في عملية العلاج النفسي. ففي عملية الإيحاء يكون دور المريض دوراً سلبياً وهو بذلك يسلم قياد نفسه إلى الطبيب المعالج. وفي أغلب الأحيان يقترن الإيحاء بعملية النقاش العقلاني ويرتبط به، ولذلك فإنه لمن الصعوبة بمكان الفصل بينهما أحياناً. إذ لا بد من أن يسيرا جنباً إلى جنب. ورغم ذلك، فإنه ينبغي التأكيد على أن الإيحاء يبنى عادة على ثقة المريض بالطبيب، وعلى مقدار هيمنته على تولي المهمة العلاجية، وهذا مما يجعل الإيحاء غاية في التأثير على العلاج. ففي حالة الوعي واليقظة التي عليها المريض في عملية الإيحاء لا يقتصر الأمر فقط على إزالة المظاهر المرضية Pathological Manifestations وحسب، بل إن الأمر ليتعدى ذلك إلى حد زيادة أمل المريض بنتائج مرتجاة حافلة بالتفاؤل وبإعادة الثقة إلى نفس المريض وإيمانه بقدراته على مواكبة متطلبات الحياة.

كثير من المعالجين النفسانيين يستخدم الإيحاء جنباً إلى جنب مع بعض العقاقير الطبية. وإجراؤهم هذا مبني على أسس فسيولوجية مفادها أن للعقاقير الطبية دور كاف Inhibition، فهي تؤثر على لحاء المخ، لذلك تجعل المريض يتقبل الإيحاء بيسر وسهولة.

وأحياناً يستخدم التنويم المغناطيسي مقروناً بإعطاء المريض بعض العقاقير التي تسهل عملية التنويم المغناطيسي بالدرجة المطلوبة.

الأسس الفسيولوجية للتنويم المغناطيسي قد درستها بشكل تفصيلي المدرسة البافلوفية.

التنويم المغناطيسي يمثل حالة انتقال الشخص من حالة الوعي التام إلى حالة من النوم، وذلك بفعل كف اللحاء المخي عن نشاطه اليقظ. ففي

حالة النوم الطبيعي الاعتيادي Normal يشمل الكف اللحاء كله فيكون كفاً عاماً، بينما في حالة التنويم المغناطيسي يكون كف اللحاء كفاً جزئياً، ذلك أن عملية الكف لا تشمل اللحاء كله. لذلك فاللواقط السمعية عند الشخص المنوَّم تنويماً مغناطيسياً تبقى في حالة يقظة ولهذا تستمر عملية التواصل بين الطبيب ومريضه خلال عملية التنويم المغناطيسي.

هناك ثلاث درجات من التنويم المغناطيسي يمكن تمييزها:

1 ـ التنويم المغناطيسي الخفيف: Mild.

2 ـ التنويم المغناطيسي المتوسط: Moderate.

3 ـ التنويم المغناطيسي العميق: Deep.

في حالة التنويم المغناطيسي الخفيف يحس المريض بارتخاء عضلي مريح، ولا يشعر معه برغبة في الحركة، بل يكون جزئياً فاقداً الإرادة فلا يتسطيع التحرك، وليس قادراً على فتح عينيه.

في حالة التنويم المغناطيسي المعتدل يشعر المريض بتزايد حالة من النعاس يتوالى عليه تدريجياً، ويفقد القدرة على الحركة التلقائية، وتظهر عنده علامات المرونة الطبيعية، حيث يميل جسمه كله إلى التخشب Catalepsy، تتلو ذلك حالة من النسيان عقب اليقظة.

أما في الدرجة الثالثة من التنويم المغناطيسي، فإن المريض يكون في حالة من النوم العميق، فلا يعود المريض معه يسمع شيئاً مما حوله، سوى صوت منوِّمه، ولا يعود يحس بأية وخزات مؤلمة، ويعقب ذلك نسيان تام بعد الإيقاظ.

الدرجتان الخفيفة والمتوسطة من التنويم المغناطيسي يمكن أن يطبقا على معظم الناس. أما التنويم المغناطيسي بدرجته العميقة فلا يمكن تطبيقه إلاّ على حوالي 20٪ ـ 25٪ من البشر.

للتنويم المغناطيسي بدرجاته الثلاث أساليب في كيفية تنويم المريض وشروط يجب أن تتبع. وينبغي أن يتم بمعرفة تامة ولغايات علاجية، وتحت مراقبة طبيب مدرّب على ذلك، أو تقتضي الحال أن يقوم هو نفسه بهذا الدور.

يستخدم التنويم المغناطيسي في مجالات طبية شتى، وهو وسيلة علاجية ناجعة، ولكن نجاعته تكون أظهر في علاج حالات العُصاب Neuroses، وفي النوبات الهستيرية، وفي حالات الأمراض النفسية المزمنة الناتجة عن إدمان الكحول.

التنويم المغناطيسي، بطبيعة الحال، ليس هو الوسيلة الوحيدة المتبعة في العلاج. فهو علاج مساعد مضاف يستخدم مع بقية أنواع العلاجات المناسبة لكل حالة مرضية وحسب تشخيصها.

ذكرنا من قبل الإيحاء الذاتي Auto-suggestion فهو وسيلة لا تقل أهمية في العلاج، لا نعني بالإيحاء الذاتي هنا في هذا السياق ما قد يتبادر إلى ذهن بعض الناس وكأنه مسألة عادية ميسورة التطبيق على أي مريض وفي أي زمان. كلا: ليس هذا ما نقصد إليه في كلامنا عن الإيحاء الذاتي.

الإيحاء الذاتي وسيلة علاجية هامة يحتاجها كل مريض، سواء أرغب فيها الطبيب وفي تطبيقها أم لم يرغب. ويُستثنى من تطبيقه، بطبيعة الحال، الأشخاص الذين يكونون في حالات ذهانية حادة، والأشخاص الذين ليس لديهم أدنى فكرة عن تقدير حقيقة حالاتهم المرضية[1]. فمن المعروف أن أي مريض يتشبث بأهداب الأمل من أجل النجاة من مرضه،

(1) المقصود بذلك الأشخاص المرضى الذين لا يعترفون بأنهم يعانون من أمراض عقلية ونفسية، أو الأشخاص المرضى الذين يستهينون بالعلاج وبحالتهم الصحية. (المترجم).

وأنه، وهو في تشبثه هذا، يؤكد لذاته ولذويه، أنه سينجو من براثن المرض. والإنسان المريض الموزون، المستقر عقلياً، تراه يطبق على نفسه الشروط الصحية الضرورية، ويكافح المرض الذي أبتلي به، وذلك من خلال إظهار روح العزم وإبداء روح المرح. وإنّ ما يندّ أحياناً عن بعض المرضى من تهويمات وتخيلات، ما هي في الواقع إلاّ نأمات نفسية ذاتية يقصد بها أصحابها تشجيع أنفسهم للتصدي الذاتي للمرض. يلاحظ، مثلاً، أن بعض المرضى يطلّبون أزهاراً، ومرضى آخرين يطلبون نوعاً معيناً من الطعام. يجب أن نتذكر أن هذه الضروب من الطلبات لا تأتي اعتباطاً. إذ إنّ وراءها دوافع نفسية: إنها تعبر عن رغبة ناشطة في أعماق المريض تدفعه لكي ينفض عن نفسه غبار الأفكار السوداء التي ناءت عليه بكلكلها نتيجة للمرض. فطلبات المرضى تلك إنما هي درء لأشباح المرض أن يتفاقم. فهي طلبات تنمّ عن رغبات لا شعورية.

الإيحاء الذاتي يكون أحياناً من القوة بحيث يجعل المريض يحس في قرارة نفسه وكأنه يتمتع بكامل عافيته.

ولكن يجدر التحرز من إطلاق العنان لاستخدام الإيحاء الذاتي على عواهنه من غير ضوابط. إذ يجب أن يستعمل ضمن حدود معقولة. وعلى المريض أن يسترشد بآراء طبيبه في هذا الشأن. ويجب اعتبار الإيحاء الذاتي امتداداً للمناقشة العقلانية التي سبقت إليها الإشارة من قبل.

والخطوة المهمة في العلاج النفسي هي تهيئة الظروف البيئية الملائمة. فبعض المرضى يتهيجون ويستثارون انفعالياً عند رؤيتهم أشخاص معينين أو أشياء معينة، أو عند سماعهم أسماء مثل أولئك الأشخاص أو الأشياء، فيجب بكل وسيلة إبعاد مثل هذه المثيرات. ومثل هذه الحالات تكون ظاهرة للعيان لدى المرضى بالعُصابات.

إن فن العلاج النفسي والعلاج الطبي بشكل عام، له أصوله وقواعده. وهذه واجبة الإتباع في معاهد ومستشفيات الطب النفسي والطب الجسمي

الفسلجي على حد سواء. لأن الغاية هي توفير العناية للمريض ومعالجته ليعود إلى ممارسة دوره الاجتماعي البنّاء.

العلاج النفسي يمكن أن يكون فردياً ويمكن أن يكون جماعياً. ويتم كلا الإجرائين للمرضى الراقدين في المستشفى والمرضى الذين يترددون عليه. ولكل إجراء أسلوبه وفنه.

وهناك في العلاج النفسي، العلاج المهني، وذلك بإشغال المريض بأشياء يهتم بها، والغاية ليست إنتاجية، بل هي علاجية القصد منها هو إلهاء المريض وصرفه عن اجترار أفكار يمكن أن تداهمه دائماً فتفسد عليه حياته وتعقّد عليه نفسه.

فالعلاج العملي أو المهني Occupational Therapy، لا يعد فقط عاملاً فعالاً في صرف المريض بعيداً عن الأفكار التي تُغِمُّهُ[1] وحسب، بل إنه أيضاً وسيلة لإثارة مشاعر وأحاسيس الغبطة في ثنايا نفس المريض، وهو يحدث في ذاته عادات سليمة في الحياة، وإنه وسيلة فعّالة تهيؤه للإنتقال التدريجي من ظروف المستشفى إلى حياة العمل الاعتيادية السوية[2].

(1) أغمّه ويُغمّه: أي غشّاه الغم والاغتمام، ومنه الغُمّة. (المترجم).

(2) العلاج النفسي علم وفن. ويتضمن تفاعلاً بين الطبيب المعالج والمريض الذي يكون بأمس الحاجة إلى العلاج. وللعلاج النفسي أشكال شتى منها:
(أ) التحليل النفسي.
(ب) العلاج النفسي البيولوجي.
(ج) العلاج النفسي الموجه.
(د) العلاج النفسي غير الموجه.
(هـ) العلاج التنويمي.
(و) العلاج التخديري.
(ز) العلاج عن طريق اللعب والتسلية.
(ح) العلاج الجمعي.
(ط) العلاج بالسيكودراما التمثيلي. (المترجم).

الفصل السادس عشر

الصحة العقلية والعلاج النفسي الوقائي



الفصل السادس عشر

الصحة العقلية والعلاج النفسي الوقائي

يتم الربط دائماً ربطاً محكماً بين المرض النفسي وعلاقته بالصحة العقلية Mental Hygiene. ويتأتى الربط الوثيق هذا بواسطة دراسة ما يتخذ عادة من إجراءات لوقاية الصحة العقلية[1] وحمايتها، وهي إجراءات ينظر من خلالها إلى مختلف العوامل البيئية التي من شأنها، بشكل أو آخر، التأثير على صحة الإنسان.

حياة الإنسان تتألف في الغالب مما يضطلع به عادة من فعاليات، وما ينهض به، وما يقوم به، وما يصدر عنه من سلوكيات، تكون نافعة إجتماعياً، وبما يقدمه من أنشطة تكون نافعة له وللمجتمع، وتعود على الجميع بالخير والمنفعة. ولهذا فإنّ دراسة هذه النشاطات والفعاليات يجب أن تكون من المهمات الرئيسية التي ينبغي الاهتمام بها من حيث تأثيرها على الصحة العقلية. فعندما تستخدم قدرات الإنسان العقلية منها والجسمية، على وجهها الصحيح في الحياة، فإن زخم العمل الذي يتطلب تركيزاً ذهنياً مستمراً، يولد ضغطاً شديداً على الصحة برمتها. وعندما يكون العمل الذي يؤديه المرء مشوشاً، مرتبكاً، مضطرباً، غير منسق في الحياة، فإنه يفضي

(1) العلاج الوقائي من الاضطرابات النفسية Psychoprophylaxis: هدف من أهداف الترشيد الوقائي، وصنف من أصناف التربية النفسية الاحتياطية لوقاية النفس الإنسانية من التعرض للانهيار، أو الانحراف، أو الأمراض النفسية الأخرى المختلفة. (المترجم).

بصاحبه إلى التعب النفسي والجسمي، من غير شك. كما ينتهي به إلى الإرهاق العصبي، وإلى إضعاف مقاومة الجسم لمختلف المؤثرات البيئية السلبية. ولهذا، فإن لتغيير ظروف العمل بين حين وآخر، والإخلاد إلى شيء من الراحة كلما دعت الضرورة إلى ذلك، أهمية لا ينكر شأنها ودورها في دوام صحة المرء العامة.

وللصحة العقلية بالنسبة للعمل الفكري أهمية لا يستهان بها، وأنه لمن المهم جداً أن يفسح لها مجال خاص، وحيز واسع في المناهج المختلفة وفي مفردات المؤسسات التعليمية والتربوية والصحية. وليس بأقل من ذلك أهمية أيضاً مسألة التنظيم الأمثل لرتابات الحياة اليومية وذلك من أجل التخلص من ربقة منغصاتها وملالاتها التي، إن تكاثرت، تهصر النفس وتبلبل العقل. وإستكمالاً لكل هذا، يجب أن يعار إهتمام كافٍ لنظافة المسكن، والملبس، وتنظيم أوقات وجبات الطعام، وجعلها متوازنة من حيث تنوع عناصرها ذات الفائدة الغذائية. ويردف ذلك كله، ضرورة التوازن في العلاقات الاجتماعية بوجه عام، والإبتعاد ما أمكن ذلك، عن التوترات، والاستمتاع بقسط وافر من النوم. كل هذه العوامل متكاملة تكوّن ظروفاً مثلى للصحتين الجسمية والعقلية.

فبعض أسباب الإضطرابات النفسية ـ العصابية تنشأ نتيجة للصدمات النفسية. وهي صدمات غالباً ما تغيب عن بال المعنيين بالصحة العامة للإنسان.

هذا، وأن التنظيم الصحيح للصحة العقلية يتطلب شكلاً من أشكال التنظيم السليم منذ بواكير الحياة: أي منذ الولادة. فتنشئة الطفل في الأسرة، وتعويده على إتباع قواعد الصحة الجسمية والعقلية، تعد مسألة أساسية لضمان الصحة العقلية.

فالإنسان إنما هو نتاج التطور التاريخي والإجتماعي في أي مجتمع من المجتمعات. وكل ما يكتسبه من فضائل، وما يترسخ لديه من سمات، تنسب إليه وبها يعرف، كالوعي، والشعور الحي، والتفكير البناء، وأسلوب الكلام، وقوة الإرادة، وسموا الخصائص الأخلاقية، وتماسك الشخصية ـ هذه كلها وسواها إنما تتأتى نتيجة لتفاعل الفرد مع غيره من الآخرين، في وسط بيئي رصين؛ فكل ذلك محصلة لتنشئته الاجتماعية القويمة. وأية هنة تطرأ على تربية الطفل، وهو يدرج في محيط الأسرة، تنعكس سلبياً على سلوكه مستقبلاً، فينشأ وقد شابت تصرفاته كلها الشوائب، فيتسم بالشذوذ سلوكه.

ثمة احتياطات تستدعي الحذر، وذلك لحماية الأطفال من مغبة التعرض لخبرات قاسية يمكن أن تولد عندهم أنواعاً من السلوكيات العصابية المتعددة. ولكن تجدر الإشارة هنا إلى أنه من الخطأ الظن بأن كل صدمة نفسية يتعرض لها الطفل يمكن أن تترك عنده نوعاً من أنواع التصدع النفسي[1]. فجسم الإنسان قد خُلق وهو يتمتع بحصانة فيه كامنة تمكّنه في الغالب من التصدي للصدمات فيمتص منها الكثير دون أن يلحق به أذى، ويدرأ منها الكثير، ويبقى مع ذلك منها معافى. غير أنه لا ينبغي أن ننسى، انه فقط في حالات تكرار الصدمات وتوالي كثرتها، ووجود الطفل في أسرة يكثر فيها مدمنو الكحوليات، وتعرضهم للإنهيارات العصبية، في هذه الحالات، وفيما ماثلها، يمكن أن يكون الطفل عرضة للخلخلة العقلية والأمراض النفسية.

لهذا، فمن الضروري أن يرافق إجراءات التنشئة النفسية، نوع من أنواع

(1) هذا الرأي يخالف تماماً رأي فرويد وأتباعه، وهو الرأي القائل بأن أية خبرة كابتة يتعرض لها الطفل تولد في نفسه صدمة وأثراً تبقى آثارها قائمة لديه مدى حياته. (المترجم).

التربية اللازمة لتقوية الصحة الجسمية، وتنمية السلامة العقلية، وهما دعامتا الشخصية السوية.

من الأساسيات المقتضاة لبناء الصحة العقلية هو المحيط الأسري: بدءاً بالزواج ومروراً بتنظيم حياة الأسرة.

ومن القواعد التي تحكم ذلك هو ألاّ يكون الفارق في العمر بين الزوجين أكثر من (15 ـ 20) سنة. وإذا ما تجاوز المدى ذلك، فإنه سيستتلي ولا شك مشاحنات ومنغصات تؤثر على الصحة العقلية والنفسية والجسمية.

إن الإجراءات الواجب إتباعها للحفاظ على الصحة، ليست وقفاً على الأشخاص الأسوياء الذين يتمتعون بصحة جيدة، بل هي ضرورية أيضاً لأولئك الأفراد من ذوي الخلفية المرضية تأريخياً كذلك. فالذهان Psychosis، مثلاً، شأنه شأن الشيزوفرينيا، يترك آثاراً تبقى ندوبها ظاهرة في الشخصية المريضة، فتؤثر آثاره هذه بمرور الزمن على مناعة الجهاز العصبي فتحدث فيه[1] خللاً. في حالات كهذه، فإن قواعد الصحة العقلية تقتضي إتخاذ أقصى ما يمكن من إجراءات مقننة على المستويين الفردي والاجتماعي، وأن ترافق ذلك دواعي العلاج وعوامل إعادة تأهيل المرضى، وهي عناصر غاية في الأهمية: إذ إن إعادة تأهيل المرضى من الأهمية بمكان ليعود المريض منتجاً، فلا يكون عاطلاً ومعطلاً.

وعودة إلى الإهتمام بالصحة العقلية والنفسية للأطفال، فإنه لمن الأهمية بمكان الإهتمام بما يمكن أن يكون عندهم من نقص في مناعة الجهاز العصبي. فالطفل الذي يتسم سلوكه بالنزق، ويعاني من حدة العصبية، ومجافاة النوم، وإستمرار الأرق، وتظهر عليه علامات الإعياء،

---

(1) هذا هو التأثير النفسجسمي المتبادل. (المترجم).

فمن الضروري في هذه الحالة الانتباه إلى أنه وقع تحت طائلة ظروف يمكن بكل تأكيد أن تضاعف من مشكلة شكواه، وبالتالي فهو معرّض إلى أن تتطور أعراضه هذه فتؤثر في شخصيته مرضياً، وبذلك تزداد بلواه، فيكون فيما بعد شخصاً سيكوباتياً. لذلك فإن الأطفال الذي هم من النوع الموصوف هنا يجب التنبه إليهم باكراً، وأن تتم تربيتهم تربية تتسم بالإتزان، مع الحرص على إيلاء سماتهم النفسية الخاصة تلك، إهتماماً يبصّرهم بمعنى (الأنا) المتوازن في المحيط الاجتماعي.

وذات الإهتمام يجب بذله من أجل مدّ يد العون إلى أشخاص طالتهم غوائل الأمراض المختلفة، ومنها مثلاً أمراض عضوية إنتابت الجهاز العصبي منهم، فراحوا يمرون بمراحل من التصلب في المرونة الجسمية والعضلية تحد من نشاطهم في الحركة، وتؤدي بهم إلى التخشب في المرونة المطلوبة للتصدي لمقتضيات الحياة، وأسوأ أنواع التصلب الذي يمكن أن يبتلى به الإنسان، هو تصلب الشرايين الدماغية[1] Arteriosclerosis بعامة والمخية بخاصة، كما يمكن أن يصاب بفرط التوتر Hypertension، وإلى ما هنالك من أعراض تنمّ عن رواسب صدمات كانت قد أصابت في يوم ما إحدى مناطق المخ. ورعاية لهؤلاء، يحسب أن تخفف عليهم أعباء الحياة، وأن تخفض لهم متطلب العمل إلى أدنى حد ممكن، وأن تنسب إليهم وتوكل أعمال ذات مسؤوليات أقل إجهاداً، وأن تكون تعقيداتها ليست مما تستنزف منهم طاقات عقلية وجسمية جبارة، وأن ينصحوا بالاستمتاع بقسط أوفى من الراحة، وأن ينتهجوا في حياتهم نظاماً تمثل فيه العناصر الرخية المهيئة للأسباب الصحية.

---

(1) تصلّب شرايين المخ يؤدي إلى تدمير أنسجته، ويترتب على ذلك فقدان الذاكرة، وعدم القدرة على تركيز الانتباه، وتدهور القدرة على تكوين الأحكام الصحيحة، وبالتالي تفكك الشخصية ككل. (المترجم).

مرّ من قبل القول بضرورة تأهيل المريض. والتأهيل المنطقي العقلاني يستدعي دراسة مستفيضة لشخصية الشخص المريض، والإلمام التام بكل ما يحيط بذاته، كما يستلزم معرفة بالظروف المؤثرة التي تحدق به في مجال عمله الجديد الذي سيقوم به بعد إعادة تأهيله. فإذا تبين فيما بعد أن المريض بطيء الانتباه بعد الشفاء، وأنه لا يزال مصاباً بعطالة[1] معينة أثرت على عمليات الجهاز العصبي، كما يحصل في حالات الصرع مثلاً، فمن الضروري، في هذا الموقف أن تستند إلى المريض أعمال خفيفة، لا تتطلب منه مجهوداً يقتضي اتخاذ قرارات سريعة، ولا تستدعيه حركة سريعة، لأنه إذا ما كلف بعمل مرهق ويستوجب حركة مستمرة وجهداً عقلياً ضاغطاً تنتكس حالته، فتكون النتائج أوخم.

في حالات الأمراض النفسية الجبلية، والأمراض السيكوباتية، تجب الحيطة الفائقة في هذا الشأن، إذ يجب تقليل أعباء الواجبات التي تسند إليه، وأن تكون خفيفة جداً. وإذا ما نقل إلى عمل جديد ينبغي أن تكون ظروف العمل الجديد هذا رائقة لضمان استمرار شفائه. وفي حالة الأمراض التي أشرنا إليها تواً، يجدر تشجيع المريض أن يستأنف عمله السابق، وأن تستثار في نفسه الهمة، وأن توقظ عنده الإرادة، وأن تؤكد لديه حسن العلاقات فيما بينه وبين زملائه في العمل. فمن شأن هذا الإجراء إعادة الثقة إلى نفسه بأن مرضه قد زايله، مما يغرس في شعوره روح الطمأنينة.

ترتبط الصحة العقلية إرتباطاً وطيفاً بالعلاج النفسي الوقائي، وتقترن كذلك بنظام منسق من إجراءات شتى يمكن أن تساعد كثيراً في الحيلولة دون وقوع الأمراض النفسية. وفي هذه الحالة يكون ثمة دور أساسي للعلاج

(1) العطالة: ميل الجسم ميلاً مرضياً للسكون وعدم الحركة، وأن يموت ببطء عضواً بعد عضو. (المترجم).

النفسي الوقائي العام لدرء مخاطر جمة قد تقع للفرد في حياته اليومية، كما يمكن أن تحدث مثل هذه المخاطر المحتملة للجماعة ولنضرب مثلاً على كيفية أخذ الأهبة من وجهة نظر الطب الوقائي، بغية استئصال شأفة بعض الأوباء المرضية:

1 ـ القضاء على الأمراض الوبائية.

2 ـ إستئصال آثار المخدرات.

3 ـ التصدي للعقاقير السامة التي تفشى انتشارها بين الناس.

4 ـ الابتعاد عن التدخين ومضاره.

5 ـ النأي عن المشروبات الكحولية.

6 ـ التحرز ضد الإكثار من العقاقير الطبية إلا عند الضرورة وباستشارة الطبيب.

تلك بعض الأمور التي يجب التصدي لها، ذلك لأنها من حيث خطورتها لا تقل، عن خطورة الأمراض التي تصيب الجهاز العصبي فتقعد المصاب بها، ولا تقل من حيث خطرها أيضاً عن سائر الأمراض النفسية التي تنتاب الكيان النفسي وتكوينه فتفسده.

من بين الإجراءات العلاجية الوقائية التصدي لمخاطر الذهانات السفلسية[1]، بل يجب التصدي للسفلس نفسه، كما يجب محاربة الذهانات التي تنجم عن تعاطي الكحول، وذلك لعلاقة هذه الذهانات وارتباطها بإدمان الكحول.

ولهذا فإن العلاج النفسي الوقائي يقوم على محاربة ما يمكن أن ينتشر بين ظهراني المجتمع على نطاق واسع من أمراض، ليس في الإمكان حصرها: لا من حيث طبيعتها، ولا من جهة أنواعها ومخاطرها. فهي

(1) مرّ بحث ذلك في فصل سابق. (المترجم).

أمراض خطيرة. ومنها، كما ذكرنا، أمراض نفسية، وجسمية، ونفسية ـ جسمية، ومنها أمراض من صنع الإنسان لنفسه بنفسه، كالمخدرات والكحوليات، وغيرها، وقد مرّ ذكرها آنفاً. فهي من المؤثرات البيئية المؤذية لكيان الفرد وللكيان الاجتماعي.

مفهوم الوقاية من الأمراض العقلية يتضمن أيضاً ما يعرف بالعلاج النفسي الوقائي النسبي، أو الثانوي: Relative or Secondary Psychoprophylaxis، وهذا ينطوي على المهمات الآتية:

1 ـ الحيلولة دون حدوث اضطرابات نفسية لدى الأشخاص الذين يشكون من خلل ولادي في جهازهم العصبي.

2 ـ الحيلولة دون وقوع الاضطرابات العصبية التي يمكن أن تتسبب في مضاعفات فسلجية جسمية، ولا سيما لدى النساء الحوامل اللائي قد تصيبهن اضطرابات نفسية فتضر مباشرة بالجنين.

3 ـ وجوب الحيطة من الانتكاسات في حالات الأمراض العصبية ـ النفسية Neuro-psychic Illnesses.

إن التصدي لتلك الحالات وما يصاحبها من ظواهر إنما هي من مسؤولية العلاج النفسي الوقائي، وما ينبغي اتخاذه من إجراءات أيضاً، يجب التنبه إلى:

1 ـ حوادث التسمم بأشكاله: الفردي والعام.

2 ـ الحذر من وقوع العدوى المرضية من أي نوع كانت.

3 ـ الرضّات أو الصدمات النفسية.

4 ـ ضرورة مراقبة الصحة العقلية سواء في ظروف العمل، أم على مستوى معطيات الحياة اليومية.

يجب التنويه هنا أن بعض الأمراض النفسية والعقلية، كالشيزوفرينيا، مثلاً، يمكن أن تعاود الشخص، بعد شفائه منها، وذلك في حالة تعرضه

لصدمة نفسية عابرة، أو بسبب إصابته بعدوى مرضية جسمية، أو بسبب عوامل خارجية أخرى.

ولعل أنجع علاج وقائي هو أن يسير الطب النفسي والجسمي جنباً إلى جنب مصاحبين للتوعية التربوية في الحياة اليومية.

نبذة عن السيرة العلمية
للدكتور الجسماني

1 ـ بعد إتمام الدراسة الابتدائية والمتوسطة التحق بدار المعلمين الابتدائية ببغداد ـ مدة الدراسة فيها 3 سنوات.

2 ـ حصل على شهادة الثانوية العامة بجهده الذاتي خلال دراسته بدار المعلمين الابتدائية.

3 ـ حصل على شهادة الليسانس في اللغة الإنجليزية وآدابها من دار المعلمين العالية (كلية التربية ببغداد).

4 ـ حصل على الدبلوم العالي في علم النفس من المملكة المتحدة.

5 ـ حصل على الماجستير في علم النفس من المملكة المتحدة.

6 ـ حصل على الدكتوراه في علم النفس من المملكة المتحدة. عمل معلماً في التعليم الابتدائي وعمل في الإدارة فيه كذلك عمل مدرّساً في التعليم الثانوي.

7 ـ عمل مدرّساً لعلم النفس بجامعة بغداد.

8 ـ عمل مدرّساً لعلم النفس بجامعة الرياض (جامعة الملك سعود الآن) في المملكة العربية السعودية، بموافقة جامعة بغداد.

9 ـ عمل أستاذاً مساعداً في مادة علم النفس في جامعة الإمارات العربية المتحدة، بموافقة من جامعة بغداد.

10 ـ عمل رئيساً لقسم علم النفس بجامعة بغداد.

11 ـ عمل وكيل كلية (نائب عميد) ثم عميداً بالنيابة في جامعة الإمارات.

12 ـ عمل خبيراً لمفردات علم النفس في المجمع العلمي العراقي.

13 ـ حصل على مرتبة الأستاذية في علم النفس وبقي أستاذاً لمادة علم النفس ورئيساً لقسم علم النفس حتى طلب الإحالة على التقاعد بناء على طلبه الشخصي.

14 ـ حالياً أستاذ متمرّس في علم النفس.

15 ـ له حوالى (40) كتاباً منشوراً، تأليفاً وترجمة.

16 ـ له أكثر من (20) بحثاً ميدانياً موسّعاً.

17 ـ له أكثر من (80) بحثاً ألقيت في مؤتمرات وندوات علمية متخصصة محلية وعالمية.

18 ـ له عشرات المقالات العلمية والبحوث المنشورة في المجلات العلمية والصحف.

19 ـ له أكثر من (100) حديث إذاعي مسجّل تصب في الميادين العلمية والتربوية والاجتماعية.

20 ـ حضر العديد من المؤتمرات العلمية المحلية والعالمية. وله فيها إسهامات نالت شهادات تقديرية.

21 ـ عضو في عدد من جمعيات علم النفس العالمية.

22 ـ حاصل على عدة شهادات تقديرية من مجالس علمية محلية وعالمية.

23 ـ عمل خبير لعلم النفس في المجمع العلمي العراقي.

24 ـ أشرف على العديد من رسائل الماجستير والدكتوراه وعمل ممتحناً لعشرات الطلبة في الدراسات العليا والماجستير والدكتوراه.

25 ـ صاحب خبرة واسعة في مجال الدراسات العليا.

26 ـ أسهم في صياغة حقوق الطفل النفسية العالمية.

27 ـ دخل إسمه موسوعة أعلام العراق في القرن العشرين.

من الإنجازات العلمية للدكتور الجسماني

أولاً ـ مبتكرات:

- Students' Attitudes Towards Various Aspects of Teachers Training.
  A psychological Study.
  H. Dep. Ld. Psych.
- Psychological Research into Progressive Educational Theory and Practice.
  M. Ed. Psych.
- Mc Dougall's Hormic Theory and its Influence on Subsequent Psychological Thought.
  Ph. D.

ثانياً ـ كتب مؤلفة ومترجمة:

- الطفل السوي وبعض انحرافاته: مقدمة عامة في سيكولوجية الطفولة (ترجمة).
- المدخل إلى علم النفس الحديث ترجمة.
- مأدبة أفلاطون في الفلسفة ترجمة.
- مقدمة عامة في فلسفة التربية ترجمة.
- سيكولوجية الطفولة والمراهقة تأليف.
- علم النفس العام تأليف (مع آخرين).
- علم النفس والتعليم ترجمة.
- علم النفس التربوي تأليف.
- علم التربية وعلم نفس الطفولة ترجمة.
- علم النفس وتطبيقاته التربوية والاجتماعية تأليف.
- دراسات نفسية تربوية اجتماعية، الجزء الأول تأليف.
- دراسات نفسية تربوية اجتماعية، الجزء الثاني تأليف.

- دراسات نفسية تربوية اجتماعية، الجزء الثالث تأليف.
- دراسات نفسية تربوية اجتماعية، الجزء الرابع تأليف.
- دراسات نفسية تربوية اجتماعية، الجزء الخامس تأليف.
- إتجاهات الطلبة نحو مختلف جوانب إعدادهم:
  دراسة نفسية - ميدانية تأليف.
- البحث عن الذات: دراسة نفسية تحليلية ترجمة.
- التربية المتجددة: دراسة ميدانية تأليف.
- علاجك النفسي بين يديك ترجمة.
- مذكرات فتاة ترجمة.
- علم النفس القرآني، الجزء الأول تأليف.
- علم النفس القرآني، الجزء الثاني تأليف.
- دكتور جيكل ومستر هايد: قصة نفسية ترجمة.
- النظرية الغرضية النفسية وأثرها في تغيير اتجاهات
  علم النفس الحديث، الجزء الأول تأليف.
- الوراثة والسلوك، الجزء الأول تأليف.
- الوراثة والسلوك، الجزء الثاني تأليف.
- الأحلام وقواها الخفية ترجمة.
- سيكولوجيتك في الحياة: كيف تحياها؟ ترجمة.
- رسائل في التحليل النفسي ترجمة.
- العلاج النفسي بين النظرية والتطبيق تأليف.
- سيكولوجيا الإبداع في الحياة تأليف.

ثالثاً:

- آفاق جديدة في علم النفس: ترجمة للجزء الثاني.
- المجتمع المعافى.

رابعاً:

- التفكير الواضح.
- علم النفس لكل رجل وامرأة.
- القلق.

خامساً ـ بحوث ميدانية موسعة:

- التكيف النفسي والاجتماعي للشباب: دراسة ميدانية.
- دراسة نفسية لظاهرة الخجل عند الشباب.
- دراسة لاتجاهات الطلبة الجامعيين: دراسة نفسية.
- تحصيل الشباب ضد الجريمة: دراسة نفسية ميدانية.
- بناء أداة لقياس دافعية المعوقين نحو العمل.
- دراسة نفسية ـ اجتماعية تربوية لمشكلات الأطفال من وجهة نظر الآباء والمعلمين.
- دراسة تحليلية للقيم المستنبطة والمستقرأة من عملية تدريب الشباب.
- دراسة ميدانية نفسية ـ اجتماعية لمعوقي الحرب.
- الشخصية العراقية الجديدة كما عبرت عن نفسها خلال الحرب: دراسة تحليلية.
- دراسة نفسية ميدانية لكيفية استثمار أوقات الفراغ لدى الطلبة الجامعيين.
- دراسة ميدانية للأطفال المودعين في دور رعاية الدولة.
- دراسة ميدانية للتوافق الزواجي والتفكك الأسري.
- دراسة ميدانية لبعض حالات الإجرام.
- دراسة نفسية تحليلية لشخصية المتنبي من خلال شعره.
- دراسة نفسية ميدانية لميول واتجاهات الطلبة في كلية الآداب.

- دراسة ميدانية لبعض مشكلات الطالب المراهق في الوطن العربي - دراسة نفسية تحليلية.
- دراسة نفسية ميدانية لاتجاهات الطلبة حول التخصص في علم النفس والتوجه المهني للتدريس.
- دراسة مقارنة في خصائص الشخصية للطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين.
- دراسة القيم ومفاهيمها لدى الطلبة.
- دراسة نفسية ميدانية للعلاقة بين البيت والمدرسة وأثر ذلك في تنشئة المراهقين.

سادساً:

- بحوث تطبيقية وتحليلية نشرت في مجلات متخصصة أجنبية وعربية ومحلية.

سابعاً:

- بحوث ألقيت في مؤتمرات وندوات خارج العراق وداخله، عالمية ومحلية.

ثامناً:

- مقالات نفسية وتربوية كثيرة نشرت في الصحافة العربية والعراقية.

تاسعاً:

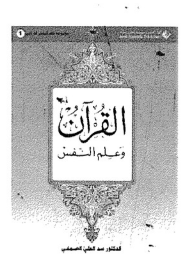
- أكثر من (120) حديثاً إذاعياً.

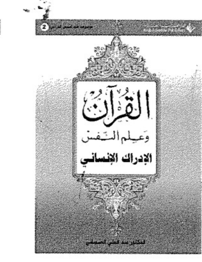


صدر أيضاً عن:



الدار العربية للعلوم
Arab Scientific Publishers







الدار العربية للعلوم
Arab Scientific Publishers
لمزيد من المعلومات حول منشورات الدار العربية للعلوم،
زوروا موقع الدار على شبكة الوب وتسوقوا من متجرنا
الإلكتروني من خلال العنوان:
www.asp.com.lb

BN 2-84409-868-1